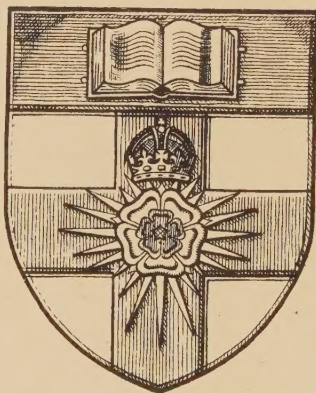
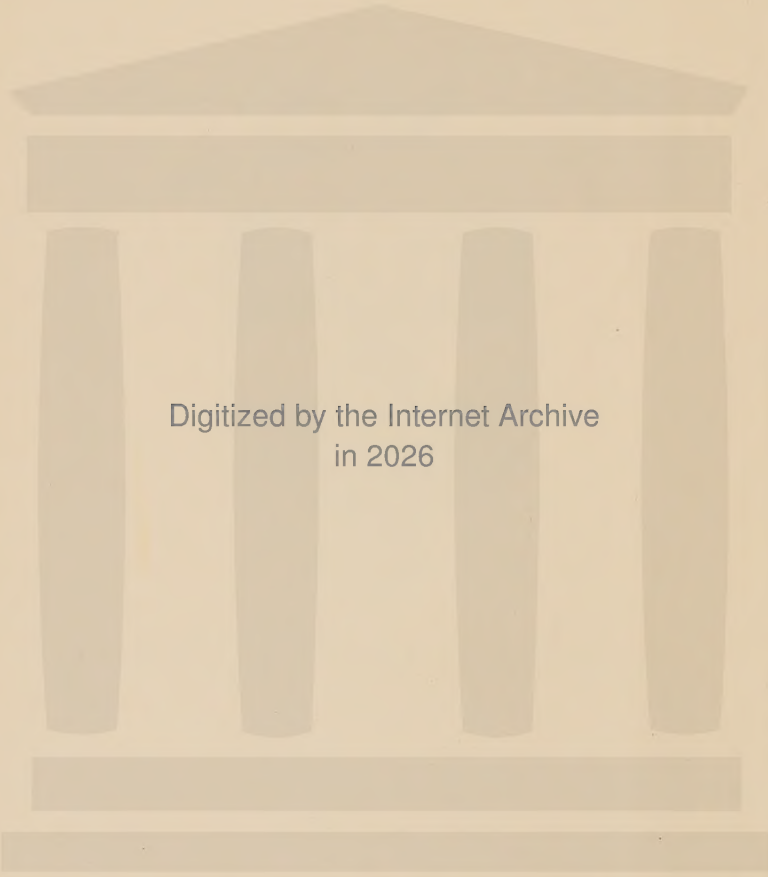


P.R. [PRIVATE] [DEPOSITS]
DEPOSITORY

SHL
WITHDRAWN



UNIVERSITY OF LONDON
LIBRARY



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PR[X 1.1 - Annuaire

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1954

TOME PREMIER

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :

(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITE DE RÉDACTION :

X. et P. ABÉLY, H. BARUK, H. BEAUDOUIN, P. BEAUSSART,
P. COMBEMALE, P. COSSA, P. COURBON, J. DELAY, P. DELMAS-
MARSALET, G. DEMAY, J. DUBLINEAU, J. EUZIÈRE, H. EY,
A. FRIBOURG-BLANC, P. GUIRAUD, J. HAMEL, G. HEUYER,
D. LAGACHE, J. LAUZIER, J. LÉPINE, J. LHERMITTE, L. MAR-
CHAND, L. MICHAUX, E. MINKOWSKI, P. NAYRAC, F. PACTET,
N. PÉRON, H. PIÉRON, A. POROT, G. RAVIART, M. RISER, Th. SIMON,
G. VERNET, H. WALLON.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

112^e ANNÉE — 1954
TOME PREMIER

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120. BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

TABLE DES MATIÈRES

112^e ANNÉE - TOME I

JANVIER-MAI 1954

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
De l'ictus apoplectique à l'œdème pulmonaire aigu par cure de Sakel. L'œdème central et son traitement, par P. COSSA et J. POSTEL.	1
Manies symptomatiques et thérapeutiques récentes, par J. ALLIEZ et A. SAVY.....	13
Isoniazide et psychisme, par M. POROT.....	162
Utilisation de l'électro-encéphalographie dans l'expertise médico-légale, par G. et J. VERDEAUX.....	184
La personnalité épileptique vue à travers le test de Rorschach, par C. BEIZMANN.....	305
De l'héautoscopie en général (avec analyse d'un cas), par C.-D. CONSTANTINIDÈS.....	336
La cataplexie et la pathologie de l'émotion, par A. FERNANDEZ, Ph. MALRIEU et M. RISER.....	449
A propos du test de Szondi. Epreuve de validation, diagnostic aveugle et problème nosologique, par U. MOSER.....	625
Etude du Szondi-test au cours de différents traitements psychiatriques, par M ^{me} S. BUFFARD et J.-M. ANGEL.....	655
La crise mélancolique vue à travers le test de Rorschach, par G. DE BAUDOUIN.....	672

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

	Pages
Liste des présidents, secrétaires généraux et trésoriers de la Société médico-psychologique depuis sa fondation (1852-1953).....	26
Bureau pour 1954	28
Liste des membres établie le 1 ^{er} janvier 1954.....	28
Membres titulaires honoraires (20).....	28
Membres titulaires (91).....	28
Membres correspondants nationaux (221).....	30
Membres titulaires honoraires (20).....	32
Membres titulaires (91).....	33
Membres correspondants nationaux (221).....	36
Membres associés étrangers.....	45

Séance du lundi 21 décembre 1953

Assemblée générale.....	56
Rapport du secrétaire général.....	56
Rapport de la commission des finances.....	58
Election du bureau pour 1954.....	58
Bureau de la Société médico-psychologique pour 1954.....	59
Conseil d'administration.....	59
Commission des finances.....	59

SÉANCE ORDINAIRE

Sur la nécessité de l'interdiction légale de la lobotomie, par H. BARUK.....	60
Le problème actuel des guérisseurs. Confrontation avec l'expérience d'un service de psychiatrie hospitalière, par M. BACHET et P. MARCHAIS.....	68
Une expérience de psychothérapie de groupe chez des alcooliques internés, par J. OULES, M ^{lle} D. SAUGET et P. LABORDE.....	72
A propos d'une intoxication massive par le 3277 R.P. au cours d'une tentative de suicide, par J. HAMON, J. PARAIRES, ALBERTINI et R. ROBERT.....	74
Etude d'une schizophrénie soignée par la méthode des électro-chocs et des comas, par M ^{me} M. CAVÉ.....	76
Psychose délirante systématique à base d'interprétation chez une fille de 14 ans, par G. HEUYER, S. LEBOVICI, H. AZIMA et H. FAURE....	82
Asystolie et psychose, par J. ALLIEZ, M. AUDIER et G. RUF.....	88
Disparition de phénomènes obsessionnels graves après « autolobotomie » chez un grand déséquilibré, par G. DAUMÉZON, M ^{lles} J. COR et L. MOOR.....	93

Séance du 11 janvier 1954

Deux cas de paralysie générale infantile, présentation de malades, par S. LEBOVICI, Y. ROUMAJON, P. PAUMELLE et SIMATOS.....	188
Deux cas de schizophrénie infantile, presentation de malades, par S. LEBOVICI, P. PAUMELLE, LALOUM et M ^{lle} D. KALMANSON.....	191

TABLE DES MATIERES

III

Deux cas de schizophrénie de l'adolescence, présentation de malades, par S. LEBOVICI, Y. ROUMAJON, MORIN et M ^{lle} BOURREAU	195
Débilité mentale évolutive. Présentation de malades, par S. LEBOVICI, H. DANONBOILEAU, M ^{me} F. BENHAMOU et M. BARBIER	197
Un cas de tic d'aboiement, par G. HEUYER, M ^{lle} J. TEYSSEYRE, J. PAUPE et M ^{lle} MARTINET	200
Présentation d'un cas de mutisme chez une enfant de 6 ans, par G. HEUYER, H. DANONBOILEAU, A. LALISSE, BELTAN et VAN STEENKISTE	202
Un cas de bégaiement, par G. HEUYER, M ^{lle} J. TEYSSEYRE, M ^{lle} ENET et TATSOGLOU	205

Séance du lundi 25 janvier 1954

PREMIÈRE SÉANCE

Allocution de M. D. SANTENOISE, président sortant	208
Décès du professeur M. LAIGNEL-LAVASTINE	211
Décès du Dr. A. FILLASSIER	211

DEUXIÈME SÉANCE

Epreuve de la réaction psycho-somatique à l'ischémie, par BARAHONA-FERNANDEZ	214
Examen psychologique de 21 malades, un an après intervention psycho-chirurgicale. Etude critique des résultats, par M. DAVID, L. MOOR et J. RUDRAUF	219
Epilepsie expérimentale par injection intra-veineuse d'hexobarbital chez un malade en traitement par électro-chocs, par R. FAU... ..	225
Accidents cutanés présentés par le personnel infirmier des hôpitaux psychiatriques manipulant la chlorpromazine (4.560 R.P. ou largactil, n.d.). Leur prévention, par J. TUSQUES et A. GAMBS	229
Résultats d'une réflexothérapie par voie intra-dermique chez des malades dirigés vers un service de psychiatrie, par M. BACHET et P. MARCHAIS	232

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Installation du nouveau bureau pour 1954	236
Modification des statuts	236
Election d'un membre titulaire honoraire : M. P. BEAUSSART	237
Election d'un membre titulaire : M. J. ALLIEZ	237
Election à trois places de membre correspondant national : MM. Y. POURCINES, J. COHEN et P. SCHMIDT	237

Séance du lundi 21 février 1954

A propos du procès-verbal de la séance du 21 décembre 1953 et de la discussion qui suivit la communication sur « la nécessité de l'interdiction légale de la lobotomie », par H. BARUK. . .	348
Note sur le pronostic des états mélancoliques, par G. DAUMÉZON et DENIS	349
Etude des troubles de la conscience morale dans la genèse d'un délire de persécution. Hallucinations des voies de la conscience.	

	Pages
Thérapeutiques physiques et morales, par H. BARUK, J. LAUNAY, G. LELOIRD et I. KARAAGAC.....	355
La carbonarcose : indications générales et résultats personnels, par M. MONTASSUT, V. GACHKEL et C. LEROY.....	358
Nouvelle étude d'un cas de schizophrénie traité par les électrochocs et les comas, par M ^{me} CAVÉ.....	362
Injectons intracérébrales. Résultats thérapeutiques obtenus en trois ans, par P. GUYOT.....	367
Psychose cortisonique, par J. RONDEPIERRE.....	374
Assemblée générale extraordinaire du 25 janvier 1954.....	378
Correspondance.....	378
Nomination d'un membre honoraire: A. HESNARD.....	379
Election de deux membres correspondants nationaux: V.-J. DURAND et E. TRILLAT.....	379

Séance du lundi 8 mars 1954

Un cas de sarcomatose méningée, par L. MARCHAND, J. ACHALLE et J. PERRIN.....	481
Tumeur hypophysaire (confirmation anatomique) par X. ABÉLY et L. MARCHAND.....	487
Amnésie d'évocation élective de l'identité, par G. DAUMÉZON, M ^{lles} J. COR, L. MOOR et NIZARD.....	492
Débilité ou détérioration, par G. DAUMÉZON, M ^{lles} L. MOOR et NIZARD]...]	497
Présentation d'une nouvelle technique de polygraphie, par D. ALBE-FESSARD, J. LEFEBVRE, G. et J. VERDEAUX.....	503
Délire à trois, par P. ABÉLY, R. BESSIÈRE, E. MARTIMOR, B. JOLIVET et ROSOLATO.....	505
Pseudo-paralysie générale post-traumatique, par J. TUSQUES et A. GREEN.....	510
Sur un cas d'hallucinations auditives et psychiques vraies avec conscience du caractère pathologique des troubles. La loi de la contention de la pensée intérieure et de la bipolarité dans le problème des hallucinations, par H. BARUK, J. LAUNAY, G. LELOIRD et I. KARAAGAC.....	515
Guérison brusque d'un cas de névrose infantile grave par provocation de l'extinction des réactions à la prise de sang, par M. BACHET et P. MARCHAIS.....	518
Maladie d'Addison : Troubles mentaux aigus et délire chronique, par L. DE GENNES, P. BENSOUSSAN et M ^{me} F. KLEIN.....	522

Séance du lundi 22 mars 1954

Cure de Sakel. Réaction allergique. Cortisone, par H. MIGNOT, J.-B. DENIS et H. HEYWARD.....	528
Accidents mentaux de la thérapeutique cortisonique, par M. LETAILLEUR, P. SCHMIDT et M. WICKER.....	530
A.C.T.H. et cortisone en psychiatrie, par J. DELAY, L. BERTAGNA et A. LAURAS.....	536
Répartition du temps de latence dans le test de Rorschach en fonction des composantes typologiques, par J. DUBLINEAU et M ^{me} SOBOUL.....	540
Répartition du temps résiduel dans le test de Rorschach en fonction	

	Pages
des composantes typologiques, par J. DUBLINEAU, M ^{me} SOBOUL et M ^{me} KŒCHLIN.....	543
Le délire réaction d'auto-défense psychique. Etude de quelques délires schizophréniques, par M ^{me} CAVÉ.....	545
A propos des types de contact avec la réalité et des degrés du réel, par Y. PORCHER, E. TRILLAT et A. LALISSE.....	550
Dangers du placement des criminels et des délinquants dans les services des hôpitaux psychiatriques, par P. GISCARD.....	553
Réflexions sur les expertises médicales dans les cas de mystique, par P. GISCARD.....	561
Le citrate de lithium dans le traitement des syndromes d'excitation psychomotrice, par J. CARRÈRE et M ^{lle} POCHARD.....	566
L'artérite oblitérante n'est-elle qu'une contre-indication relative de la sismothérapie ? par J. CARRÈRE et M ^{lle} POCHARD.....	572
Résultats thérapeutiques différés et résultats entretenus après lobotomie, par J. LABOUCAIRÉ, P. BARRÈS et M ^{lle} J. ANDRÉ.....	574
Délire de filiation et lobotomie, par J. LABOUCAIRÉ et P. BARRÈS.....	577
A propos du secret médical dans les hôpitaux psychiatriques et du respect de la nature confidentielle de la correspondance des médecins chefs de service, par M. LECONTE.....	580
Du respect de la nature confidentielle de la correspondance des médecins chefs de service des hôpitaux psychiatriques et du secret des diagnostics dans les certificats de maladie, par M. LECONTE.....	585
Election d'un membre correspondant national : M. J. BRETON.....	589

Séance du lundi 26 avril 1954

Annnonce d'un legs du Dr Hans Evensen à la Société médico-psychologique.	690
Nouvelles considérations concernant les effets thérapeutiques de l'épuisement des réactions réflexes aux prises de sang, par M. BACHET et P. MARCHAIS.....	691
Analyse des réactions de l'enfant arriéré devant le miroir, par A. SOULAIRAC, S.-A. SHENTOUB et M ^{me} E. RUSTIN.....	694
Les syndromes délirants de la ménopause en dehors des syndromes mélancoliques, par P. ABÉLY, B. JOLIVET, G. DE BAUDOIN et Cl. BLANC..	700
Répartition du cholestérol en fonction des facteurs typologiques, par J. DUBLINEAU, J. CALVET et M ^{me} SOBOUL.....	704
Evolution du taux du cholestérol chez les buveurs en cours de cure considérée en fonction des facteurs typologiques, par J. DUBLINEAU, M ^{me} SOBOUL et J. CALVET.....	705
Accès confusionnels récidivants au cours du traitement d'une tuberculose rénale, par Y. POURSINES, A. CRÉMIEUX, J. ALLIEZ et J. ROGÉ....	707
Sclérose en plaques avec onirisme et délire hallucinatoire consécutif, par J. ALLIEZ, J. ROGER et R. PUJOL.....	711
Une hypothèse sur le mode d'action des électro-chocs et des comas dans les schizophrénies juvéniles, par M ^{me} M. CAVÉ.....	716
Le délire, réaction d'auto-défense psychique, par M ^{me} M. CAVÉ.....	721
Remarques sur les variations de certains stéroïdes urinaires au cours de la cure de Sakel, par J. DELAY, G. DELAVILLE, P. SIZARET, B. LAINE et Ph. BENDA.....	726
Election d'un membre correspondant national : M. H. CÉNAC-THALY.....	728

SOCIÉTÉS

Pages

Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infantile

Réunion du lundi 18 janvier 1953.....	241
Réunion du lundi 15 mars 1954.....	594

Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy

Séance du 28 novembre 1953.....	98
---------------------------------	----

Société française de neurologie

Séance du 3 Décembre 1953.....	238
Séance du 7 janvier 1954.....	380
Séance du 4 février 1954.....	590
Séance du 4 mars 1954.....	592

Société de médecine légale de France

Séance du 6 juillet 1953.....	242
Séance du lundi 12 octobre 1953.....	596
Séance du lundi 9 novembre 1953....	597

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 28 novembre 1953.....	102
Séance du 19 décembre 1953.....	104
Séance du 30 janvier 1954....	382
Séance du 27 février 1954.....	383
Séance du 27 mars 1954.....	735

Société de médecine mentale de Belgique, Société belge de neurologie et Société belge de médecine légale

Séance commune du 24 avril 1954.....	736
--------------------------------------	-----

Société belge de neurologie

Séance du 28 novembre 1953.....	105
Séance du 30 janvier 1954.....	385
Séance du 27 février 1954.....	386

Société suisse de psychiatrie

120 ^e Assemblée - Genève, 21-22 novembre 1953.....	106
---	-----

73^e assemblée de la Société suisse de neurologie

Pages

Zurich, 5-6 décembre 1953.....	243
--------------------------------	-----

RÉUNIONS ET CONGRÈS

V^e CONGRÈS NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL

I. AFFECTIONS VASCULAIRES DU CERVEAU. ANATOMIE, PHYSIOLOGIE CLINIQUE

Physiologie de la circulation cérébrale dans les affections vasculaires du cerveau, par SEYMOUR S. KETY	110
Pression crânienne et affections vasculaires cérébrales. Le rôle de l'œdème du cerveau, par G. SCHALTENBRAND	110
Artérites cérébrales oblitérantes et inflammatoires, par P. C. P. CLOAKE.	110
Les malformations vasculaires cérébrales à l'exception des anévrysmes, par P.-F. GIRARD et M. DEVIC	111

II. MALADIES VASCULAIRES DU CERVEAU.

SÉMÉIOLOGIE ANGIOGRAPHIQUE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Technique neuro-chirurgicale et traitement chirurgical des thromboses vasculaires, par TRAUGOTT RIECHERT	111
Séméiologie angiographique des anévrysmes, varices et angiomes du cerveau, par E. MONIZ et M. GUERRA	111
Traitement des anévrysmes sacculaires intracrâniens, par N.-M. DOTT ..	112
Traitement chirurgical des anévrysmes artério-veineux et des tumeurs vasculaires du cerveau, par H. OLIVECRONA	113

III. LOBE PARIÉTAL

Le lobe pariétal, par A. Mac Donald CRITCHLEY	113
Des rapports de l'image corporelle avec les lésions du lobe pariétal, par J. LHERMITTE	114
Les relations entre le lobe pariétal droit et gauche, par H. HOFF	114
Apraxie du lobe pariétal, par DENNY-BROWN	115

IV. MALADIES MÉTABOLIQUES DU CERVEAU

Thésaurismoses dites phosphatidiques au point de vue clinique histopathologique et chimique, par L. van BOGAERT et E. KIENK	115
Les lésions entraînées par le stockage de la kératine, par Sir R. BRAIN..	116
Déterminations nerveuses des glycoséoses, par P. CASTAIGNE et Fr. LHERMITTE	116
Les lipoïdoses cholestériniques du système nerveux, par A. GIAMPALMO..	117

XXVI^e CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE, DE MÉDECINE SOCIALE ET DE MÉDECINE DU TRAVAIL DE LANGUE FRANÇAISE

MÉDECINE LÉGALE

	Pages
Emotions et médecine légale, par P.-H. MULLER	118
La capacité civile des toxicomanes, aspect médical, par R. VULLIEN et P. GUILBERT	118
Etude juridique de la capacité civile des toxicomanes, par J. SCHLEXER.	119
Les effets de la douleur sur l'équilibre ionique du sang, par M. de LAËT.	119
L'observation des mineurs délinquants en milieu ouvert ; les problèmes qu'elle pose, par M. COLIN, J. BOURRET et F. MEURILLON	119

MÉDECINE SOCIALE

Les méthodes actuelles de diagnostic biologique de la syphilis en médecine légale et en médecine sociale, par P. L'ÉPÉE, R. PAUTRIZEL et L. LAZARINI	119
--	-----

JOURNÉES CRIMINOLOGIQUES HOLLANDO-BELGES

I ^{er} rapport, par A. LEY	120
II ^e rapport, par FEBER	121
III ^e rapport, par TAHON	121

RÉUNION PSYCHIATRIQUE DE STRASBOURG-NANCY

Un cas de myoclonie hystérique, par R. LANTER et C. MAGIER	729
Un cas de gargoylisme. Ses formes frustes. La valeur de la ponction- biopsie du foie, par M. MATHIS et A. WACKENHEIM	729
Recherches sur les troubles psychomoteurs de l'adolescent arriéré, par M. MATHIS et R. CAHN	730
Un cas de démence précocissime, par M ^{me} I. de BURES et M ^{lle} N. VERNET.	730
Un cas de syndrome subjectif des blessés du crâne sans traumatisme, par J. HAMEL, Th. DAMPT et M. WEISGERBER	730
Un cas d'intoxication oxycarbonée avec troubles neuro-psychiatriques consécutifs, par Th. KAMMERER, M ^{lle} J. JOUFFROY et R. DURAND de BOU- SINGEN	730
Troubles endocriniens, métaboliques et psychiques dans un cas d'épithé- lioma de l'hypophyse, par L. SINGER, A. DANY, M. MENGUS, L. RETACCHI et M. MEYER	731
Dix minutes de méthodologie, par Fr. ADAM	731
Construction délirante dans le parc de l'établissement par un malade encore à classer, par Fr. ADAM et M ^{lle} HAAS	731
Note sur l'apparition de troubles extrapyramidaux au cours du traite- ment par le 4560 R.P., par M. THIÉBAUX, R. THIÉBAUX, R. BOYER, F. LEBORGNE et M. KIFFEL	732
Thérapeutique par le sommeil prolongé, technique et premiers résultats, par P. ROYER, M. BEIS et M. BURNER	732

	Pages
Indications et contre-indications de l'hibernation classique au cours des délires aigus hyperthermiques, par M. BEAUDOUIN, P. SMITH et M. PAUGAIN	732
Un cas de guérison de bégaiement par la chlorpromazine, chez un garçon de 15 ans, débile mental, par Fr. LANG	733
Création d'un dispensaire d'hygiène mentale antialcoolique : espérances et difficultés ; six premiers mois, par J. BUTZEACH, M ^{me} E. ABRAHAM et R. BOUQUARDEZ	733
Névrose obsessionnelle évoluant depuis 1919. Résultat de la leucotomie pratiquée en 1950, par B. FREY	733
Syndrome dysthymique tenace. Guérison immédiate après ventriculographie, par M. HACQUARD, J. MERCIER et A. HARTEMANN	734
Crises épileptiques survenues chez des malades ayant subi un très grand nombre d'électro-chocs. A propos de trois cas, par G. BOITTELLE, M ^{me} Cl. BOITTELLE-LENTULO, J. FORGET, A. ANTOINE et M. RUYER	734
Les incidents de la ponction lombaire. Analyse de quelques facteurs pathogéniques, par C. FEUILLET, J. MERCIER, M ^{me} Th. DAMPT et J. GÉRARDIN	735

VARIÉTÉS

Société médico-psychologique :	Bureau de la Société médico-psychologique pour 1954.....	158
—	— Séances.....	158, 301, 444, 623, 781
—	— Légion d'honneur.....	158, 301, 444
Hôpitaux psychiatriques :	Ordre de la santé publique.....	159
—	— Nominations.....	159, 445, 781
—	— Concours pour 3 places de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques du département de la Seine.....	159, 301
—	— Nécrologie.....	445
—	— Légion d'honneur.....	445, 781
—	— Concours pour une place de médecin assistant au Service de neuro-chirurgie du Centre psychiatrique Sainte-Anne.....	445
—	— Concours pour une place de médecin assistant à la maison de santé de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).....	445
—	— Concours pour 25 places de médecin du cadre général des hôpitaux psychiatriques.....	623
—	— Concours pour un poste de médecin assistant au Service de neuro-chirurgie du Centre psychiatrique Sainte-Anne.....	624
Réunions et Congrès :	Troisième Congrès international de défense sociale.....	302
—	— Colloque sur le traitement du delirium tremens (Paris : 8 mai 1954).....	624

	Pages
— — Troisième Congrès international de défense sociale (Anvers, 19-25 avril 1954).....	782
Hygiène et prophylaxie : Les enfants du premier âge sont-ils à examiner au point de vue psychologique ?	303
— — Les accidents chez les enfants.....	782
— — La nécessité de réglementer la pratique de la boxe.....	782
— — Immunisation contre la poliomyélite.....	783
Université de Berne : Faculté de médecine.....	448
Journaux et Revues : Une nouvelle revue « L'infirmier psychiatrique ».	302
— — Les journaux pour enfants ; numéro spécial d' « Enfance ».....	303
— — Bulletin officiel de la Fédération des sociétés d'électro-encéphalographie et de neuro-physiologie clinique.....	446
Médecine légale : La narcoanalyse devant le Grand Conseil de Zurich.	783
Thérapeutique psychiatrique : La leucotomie en U.R.S.S.....	160
Sociétés : Société suisse de psychiatrie.....	302
— Cercle viennois d'études de psychologie profonde.....	445
Législation : L'intoxication alcoolique des conducteurs de véhicules....	304
Académie de médecine : Prix décernés par l'Académie de médecine en 1953.....	446
— — Prix proposés par l'Académie de médecine pour l'année 1955.....	446

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES ⁽¹⁾

A

Abstraction. v. *Tests d'abstraction*.
 Accès confusionnels. v. *Confusion*.
 — épileptique. v. *Epilepsie*.
 Accidents chez les enfants, 782.
 — de la circulation et alcool (H. ROUVILLOIS et L. DEROBERT), 259.
 — du trafic et alcool (C.-A. FIGUERIDO), 622.
 — nerveux. v. *Maladie de Hodgkin*.
 — v. *Alcoolisme*.
 Accusations délirantes et attentats aux mœurs (A. MERLAND et G. JULLIEN), 243.
 Acétylcholine (Des états anxieux et de leur traitement par les injections intraveineuses d') (J. LOPEZ IBOR), 423.
 Acide ascorbique dans le plasma (Les états d'asthénie et le titrage systématique de l') (L. GUIBERT et R. PRÉAUT), 417.
 — carbonique (Résultats du traitement de 33 malades par les inhalations d') (J.-S. SMITH), 774.
 — citrique (La teneur en) du liquide contenu dans les kystes de tumeurs cérébrales et du liquide céphalo-rachidien ventriculaire et lombaire (S. PELG et J.-N. CUMINGS), 620.
 — cyanhydrique gazeux. v. *Intoxications par l'acide cyanhydrique gazeux*.
 — glutamique (Des différentes indications pour l'emploi de l') (EL.-D. KANE), 774.
 — — v. *Mentales (Déficiences)*.
 — neuraminique (L') dans le tissu cérébral du rat blanc (Mlle C. CHATAGNON et M. P. CHATAGNON), 150.
 — nicotinique. v. *Psychoses*.
 Acidose diabétique. v. *Diabète*.
 Acrocyanose d'origine centrale (M. FERRIER), 281.

A.C.T.H. et cortisone en psychiatrie (J. DELAY, L. BERTAGNA et A. LAURAS), 536.
 — v. *Cortisone*.
 — v. *Maladie de Hodgkin*.
 Activités cérébrales. v. *Cerveau (activité)*.
 Adaptation (Sur l'insuffisante capacité d') à la vie professionnelle (Fr. BAUMGARTEN-TRAMER), 611.
 Addison. v. *Maladie d'Addison*.
 Adolescence (Quelques aspects de l') (C.-A. PIERSON), 751.
 — (Psychopathologie de la puberté et de l') (J. ROUART), 601.
 — (La toxicomanie en rapport avec le problème de l') (F. ZIMMERING, J. TOOLAN, K. SAFRIN et B. WORTIS), 259.
 — v. *Schizophrénie de l'adolescence*.
 Adolescent (Le développement psychique de l'enfant et de l'). Evolution normale. Pathologie. Traitement (Manuel d'étude) (E. PICHON), 127.
 — (Evolution socio-morale de l') (J. BURSTIN), 751.
 — v. *Mal de Pott*.
 — v. *Syphilis juvénile*.
 — arriéré (Recherches sur les troubles psychomoteurs de l') (M. MATHIS et R. CAHN), 730.
 Adolescente. v. *Psychose délirante*.
 — névrotiques et normales (Le Thematic Apperception Test appliqué à des) (J.-St.-H. CARLILE), 751.
 — normales et névrotiques (Le Thematic Apperception Test appliqué à des) (J.-St.-H. CARLILE), 751.
 — Sans tricher. Information sexuelle des garçons de 15 à 18 ans (H. GEORGES), 251.
 Adoption (L'), ses données médicales et psycho-sociales (Cl. LAUNAY et M. SOULÉ), 606.
 Affections émotionnelles. v. *Emotions*.

(1) Les chiffres en caractères **gras** correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société médico-psychologique.

- vasculaires cérébrales. v. *Cerveau* (*Affections vasculaires*).
- Agalmatorémaphobie** (La peur de la statue parlante) (E. MEDEA), 132.
- Age** (Influence de l') et du sexe sur le psychogramme de Rorschach (C. RIZZO), 608.
- Agnosie visuelle temporaire**. v. *Cerveau* (*Angiome*).
- Agressions**. v. *Dysfonctionnements nerveux*.
- Agressivité** et angoisse chez l'enfant (Mme H. MICHEL-LAURIAT), 747.
- turbulence, méchanceté chez l'enfant d'âge scolaire. Note sur un « symptôme » rorschachien nouveau trahissant l'existence de troubles caractériels (M. SCHACHTER), 747.
- Alcool** et accidents de la circulation (H. ROUVILLOIS et L. DEROBERT), 259.
- et accidents du trafic (C.-A. FIGUERRIDO), 622.
- (L') est-il un aliment ? (V. RAYMOND), 619.
- Etude des modifications du rythme cardiaque, de la pression artérielle et de l'électrocardiogramme au cours de la réaction alcool-antabus (G. DUBOUCHER et M. POROT), 619.
- et Sécurité sociale (S. TARA), 622.
- **éthylrique** (Le rôle des facteurs lipotropiques dans le métabolisme perturbé de l') (R. LECOQ), 418.
- v. *Intoxication par l'alcool éthylique*.
- **méthylrique**. v. *Intoxication par l'alcool méthylrique*.
- Alcoolique chronique** (Les perturbations humorales observées chez l') (R. LECOQ), 418.
- (Ce qui arrive aux) (Fr. LEMÈRE), 773.
- (Sédations des) par des médicaments non sédatifs (J. THIMANN), 773.
- (La sénilité précoce des) (A. LAMACHE, DAVOST, CHUBERRE et DELALANDE), 259.
- (Statistique des) à la clinique psychiatrique de Strasbourg (Th. KAMMERER, L. SINGER et R. RUCH), 101.
- **chroniques** (Dépistage et interprétation des perturbations humorales et sanguines des) (R. LECOQ), 619.
- (Etude pathogénique et thérapeutique des crises de delirium et des polynévrites observées chez les) (R. LECOQ), 258.
- (Sur le mode d'action de l'apomorphine dans le traitement des) (R. LECOQ), 419.
- (Le test de Thorn chez les) avant et après cure de désintoxication (P. ROYER, M. BEIS, Mlle N. VERNET et M. BURNER), 99.
- **épileptiques** (Sur le traitement avec le disulfure de tétraéthylthiurame d')
- et d'épileptiques alcooliques (A. POLONI), 425.
- **internés** (Une expérience de psychothérapie de groupe chez des) (J. OULÈS, Mlle D. SAUCET et P. LABORDE), 72.
- Alcoolisme** (A propos de la lutte contre l') (H. ROUVILLOIS), 284.
- L'analyse du sang aux Pays-Bas (S.-J. TIMMENG), 779.
- Courbes d'éthylémie. Action de l'alcool. Alcool et accidents. Détection biochimique (L. TRUFFERT), 779.
- Création d'un dispensaire d'hygiène mentale antialcoolique : espérances et difficultés ; six premiers mois (J. BUTZEACH, Mme E. ABRAHAM et R. BOUQUARDEZ), 733.
- Le test de Thorn chez les alcooliques chroniques avant et après cure de désintoxication (P. ROYER, M. BEIS, Mlle N. VERNET et M. BURNER), 99.
- Quelques données numériques à propos de 320 cures de désintoxication alcoolique en service libre (J. HAMEL, M. BURNER et J.-R. GÉRARDIN), 99.
- La cure de désintoxication alcoolique chez l'épileptique (J. LEREBOUTLET, L. VIDART, R. DELARUE et E. GASTEAU), 425.
- Evolution du taux de cholestérol chez les buveurs en cours de cure considérée en fonction des facteurs typologiques (J. DUBLINEAU, Mme SOPOUL et J. CALVET), 705.
- Le facteur toxique dans le syndrome alcoolique (P. FOUQUET), 259.
- et glandes endocrines (Y. RAPAPORT), 281.
- L'intoxication alcoolique des conducteurs de véhicules, 304.
- Le placement administratif des buveurs à Bâle (J. IM OBERSTEG), 770.
- (Quelques mots sur l') (R. LECOQ), 622.
- (Synthèse des assises départementales sur la clinique régionale de l') (H. et G. GODLEWSKI), 285.
- v. *Delirium tremens*.
- **chronique** et hypertension artérielle (R. LECOQ), 258.
- Intoxication aiguë mortelle par l'alcool éthylique et par l'alcool méthylrique (V. BRUSTIER, J. TRILLOT, P. BOURDON, R. LOUBET et Mlle J. BERNARDY), 242.
- Aliénés**. v. *Art*.
- v. *Cité des fous*.
- Alimentation**. Le refus de manger, dit « grève de la faim » chez les prisonniers (A. LEY), 296.
- Allergie**. v. *Convulsivothérapie par insuline*.
- Altérations d'Alzheimer** (De la capacité des ventricules cérébraux en fon-

- tion de l'âge et la présence de plaques séniles et d') (F. MOREL et E. WILDI), 413.
- électro-encéphalographiques. v. *Electro-encéphalographie*.
- Alzheimer. v. *Altérations d'Alzheimer*.
- Amaurose. v. *Idiotie amaurotique*.
- Ambiguïté sexuelle. v. *Sexe*.
- Ammonium quaternaire. v. *Système nerveux sympathique*.
- Amnésie d'évocation élective de l'identité (G. DAUMÉZON et Mlles J. COR, L. MOOR et NIZARD), 492.
- Amnios. v. *Vertige, type Ménière*.
- Amphétamines. Manies symptomatiques et thérapeutiques récentes (J. ALLIEZ et A. SAVY), 13.
- Amytrophie de Werdnig-Hoffmann (Lésions supra-spino-bulbaires dans l') (J. RADERMECKER), 239.
- Amytal. v. *Attention*.
- Analyse du sang aux Pays-Bas (S.-J. TIMMENG), 779.
- existentielle en psychothérapie (R. KUHN), 412.
- Anaphylaxie. Réactions anaphylactiques du système nerveux végétatif (Mme B. CHAUCHARD et P. CHAUCHARD), 617.
- Anatomie pathologique (Aperçu de quelques études d') de la clinique de Bel-Air (F. MOREL et M.-E. WILDI), 106.
- Andropause (La maladie de Basedow de l') (M. CREIX, J. LENG-LÉVY, J. VINENDEAU et A. SERRES), 768.
- Anévrysme cirsoïde. v. *Cerveau (Lobe frontal)*.
- carotidien intra-caverneux (Deux cas de syndrome de Garcin par) (M. RISER, G. LAZORTHES, J. GÉRAUD et H. ANDUZE), 239.
- intracraniens. v. *Cerveau (Anévrysme)*.
- sacculaires intracraniens. Traitement (N.-M. DOTT), 112.
- Angiographie des tumeurs cérébrales (Cl. GROS, J. MINVIELLE, R. LABAUGE et J. CADILHAC), 410.
- Angiomatose. v. *Moelle épinière*.
- Angiome paraventriculaire (Hématome intracérébral secondaire à l'hémorragie d'un) (J. GÉRAUD, G. LAZORTHES et L. RIBAUT), 267.
- Angle ponto-cérébelleux. v. *Arachnoïdites bipolaires*.
- Angoisse et agressivité chez l'enfant (Mme H. MICHEL-LAURIAT), 747.
- tension, relaxation (E.-E. KRAPP), 126.
- Anhydride carbonique (Contribution à la thérapeutique psychiatrique moderne : la thérapeutique par l') (L. INACIO DE ANDRADE LIMA NETO), 423.
- (Expériences ultérieures sur l'emploi de l') selon Meduna en thérapeutique psychiatrique (S. RIGOTTI et D. FONTANARI), 424.
- Animal. v. *Psychologie animale*.
- Anoxie (Etudes sur la physiologie de la conscience : données oxymétriques du rôle de l') dans certains états psychiatriques (W.-L. DOUST), 150.
- (Influence de l') et de l'ischémie sur les fonctions nerveuses supérieures. Etude expérimentale, chez le chien, à l'aide du réflexe salivaire conditionnel (J. MALMÉJAC, P. PLANE et E. BOGAERT), 762.
- Anorexie mentale (Un cas d') traitée avec succès par la leucotomie (P.-E. SIFNEOS), 440.
- Anormal (La signification des concepts), normal, sain et malade dans l'expertise psychiatrique (H. BINDER), 297.
- Antibiotiques (Les accidents cérébraux au cours des traitements par les) (L. GAYRAL), 778.
- (Les accidents provoqués par les) (P. RENTCHNICK), 393.
- (Intérêt des associations d') et de leur introduction par voie intrarachidienne dans le traitement de la méningite tuberculeuse (J. FOUQUET, Mlle V. HEIMANN et P. CORNU), 778.
- Antabus. Etude des modifications du rythme cardiaque, de la pression artérielle et de l'électrocardiogramme au cours de la réaction alcool-antabus (G. DUBOUCHER et M. POROT), 619.
- Anxiété. Des états anxieux et de leur traitement par les injections intraveineuses d'acétylcholine (J. LOPEZ IBOR), 423.
- (La nature fondamentale de l') (Ch. BERG), 145.
- Aphasie. Le jargon des aphasiques. Désintégration anosognosique des valeurs sémantiques du langage. I. Analyse des principaux aspects (Th. ALAJOUANINE, C. SABOURAUD et B. DE RIBAUCOURT), 262.
- Le jargon des aphasiques. Désintégration anosognosique des valeurs sémantiques du langage. II. Observations commentées (Th. ALAJOUANINE, C. SABOURAUD et B. DE RIBAUCOURT), 262.
- v. *Hématome sous-dural*.
- Aphémie (A propos d'une) par atteinte de la zone motrice supplémentaire de Penfield, ou de l'évolution d'un anévrysme artério-veineux. Guérison de l'aphémie par ablation de la lésion (D. PETIT-DUTAILLIS, G. GUIOT, R. MESSIMY et Ch. BOURDILLON), 593.
- Apomorphine (Sur le mode d'action de l') dans le traitement des alcooliques chroniques (R. LECOQ), 419.
- Apoplexie. v. *Ictus apoplectique*.

- Appareil vocal.** v. *Hallucinations auditives*.
- Apraxie du lobe pariétal** (DENNY-BROWN), 445.
- **constructive** (De l'asomatognosie à l') (J. RAVESCHOT), 735.
- Arachnoïdite fibro-purulente mycosique** par cladosporium (A. DEREYMAEKER et P. DE SOMER), 383.
- **bipolaires** (Les), névrites optiques œdémateuses et arachnoïdites de l'angle ponto-cérébelleux (Cl. Gros et R. CAZABAN), 268.
- **optochiasmatiques post-traumatiques** (Les élargissements du champ visuel périphérique après cisternographies dans les) (P. PAGES et R. CAZABAN), 441.
- Argent.** v. *Rêves*.
- Arhinencéphalie** (Agénésie des lobes olfactifs (dysgraphie latérale) et des commissures calleuse et antérieure (dysgraphie médiane). Révision de la question de l') (G. DE MORSIER), 243.
- Arriération.** Analyse des réactions de l'enfant arriéré devant le miroir (A. SOULAIRAC, S.-A. SHENTOUB et Mme E. RUSTIN), 694.
- **mongolienne** (Recherches, acquisitions et contributions à l'étude de l') (M. SCHACHTER), 128.
- Arriérée hypothyroïdienne** (Syndrome de Morgagni-Morel chez une) (M. AUDIER, P. MOUREN et AMALRIC), 421.
- Arriérés mentaux** (Voûte plantaire des). Ses variations chez les enfants arriérés mentaux (J. DEPREUX et R. FONTAINE), 744.
- v. *Mentale* (Arriération).
- Arsenic.** v. *Encéphalopathie arsenicale*.
- Art** (Contribution à l'étude de l') chez les aliénés (O. CÉSAR), 403.
- (Symptômes psychopathologiques dans les sublimations de l'). « Les Fleurs du Mal », de Charles Baudelaire (A. NICEFORO), 403.
- Artère carotide interne.** v. *Artériosclérose*.
- **cérébrale antérieure.** v. *Cerveau*.
- **choroïdienne antérieure.** v. *Hémia-thétose*.
- Artériographie** (Progrès réalisés à la Clinique neuro-chirurgicale de la Pitié de 1949 à 1952 dans la localisation et le dépistage des tumeurs cérébrales par l'électro-encéphalographie et l') (D. PETIT-DUTAILLIS, H. FISCHGOLD et J. ROUGERIE), 434.
- Artériosclérose** (Atrophie du nerf optique par) de l'artère carotide interne (P. PARIN), 268.
- **précoce** (Thrombose du tronc basilaire dans un cas d'). Données anatomo-cliniques (Y. POURSIDES, J. ALLIEZ, J. ROGER et R. NAQUET), 240.
- Artérite oblitérante** (L') n'est-elle qu'une contre-indication relative de la sismothérapie ? (J. CARRÈRE et Mlle POCHARD), 572.
- **cérébrales.** v. *Cerveau* (Artérites du).
- Asomatognosie** (De l') à l'apraxie constructive (J. RAVESCHOT), 735.
- Asthénie** (Les états d') et le titrage systématique de l'acide ascorbique dans le plasma (L. GUIBERT et R. PRÉAUT), 417.
- **ménopausique.** Un syndrome méconnu : l'asthénie d'involution (MONNEROT-DUMAINE), 768.
- Asystolie** et psychoses (J. ALLIEZ, M. AUDIER et G. RUF), 88.
- Ataxie aiguë type Leyden-Westphal** (L. BALIETTI et E. CORRADINI), 141.
- **cérébelleuse aiguë** curable de l'enfant (S. THIEFFRY, Mme P. MARTIN et M. ARTHUIS), 756.
- Atébrine.** Manies symptomatiques et thérapeutiques récentes (J. ALLIEZ et A. SAVY), 43.
- Attentats aux mœurs** et accusations délirantes (A. MERLAND et G. JULIEN), 243.
- Attention** (Psychopathologie de la schizophrénie et de la dépression. Effets de l'amytal et du sulfate d'amphétamine sur le niveau et la durée de l') (P.-E. HUSTON et R. SENE), 396.
- Atrophie pallidale.** v. *Cerveau* (Pallidum).
- **porencéphalique** par thrombose de l'artère sylvienne chez un nouveau-né (J. CHAPTAL, J. CADERAS DE KERLEAU, J. BALMES et R. JEAN), 267.
- Atropine.** v. *Œil*.
- Audimutité** chez deux jumelles identiques (Mme Cl. LAUNAY et P. DESRIAC), 594.
- Audiométrie.** v. *Surdités dites « nerveuses »*.
- Audition de bruits** (Images provoquées par l') (J. DIJKHUIS), 611.
- Autisme infantile précoce** (La conception de l') (L. KANNER), 136.
- Auto-défense psychique.** v. *Délire*.
- Autolobotomie.** v. *Obsession*.
- Avortement.** v. *Parkinsonisme post-abortum*.

B

- Babinski-Frœlich.** v. *Syndrome de Babinski-Frœlich*.
- Bacillose.** v. *Schizophrénie*.
- v. *Syndromes psychiques frustes*.
- Bactériémie à streptocoques.** v. *Maladie de Bouillaud*.
- Baiser** (Le). (Etude médico-légale) (J. BELBEY), 299.
- B.A.L.** et médecine légale (P. MOUREAU), 596.
- Balsi.** v. *Méthode Balsi*.
- Easedow.** v. *Maladie de Basedow prépubertaire*.

- Bégaïement.** Un cas (G. HEUYER, Mlle J. TEYSSEYRE, Mlle ENET et TATSOGLOU), 205.
- (Un cas de guérison de) par la chlorpromazine, chez un garçon de 15 ans, débile mental (Fr. LANG), 733.
- Belladone.** v. *Œil*.
- Benzédrine.** v. *Epileptique*.
- Bestialité** (P. FOCQUET), 382.
- Bibliothérapie** (Eléments de) (M. NIS-TRI), 427.
- Bien** (Le fondement métaphysique de la notion du) (Fr.-J. von RINTELEN), 411.
- Binswanger.** v. *Existentialisme de Binswanger*.
- Bipolarité.** v. *Loi de la bipolarité*.
- Bismuth.** v. *Néphrite aiguë mortelle*.
- Blocage végétatif** (Contribution à la thérapeutique des psychoses épileptiques par le). Méthode Balsi (A. JARIA), 424.
- Bogaërt.** v. *Van Bogaërt*.
- Bogomoletz.** v. *Sérum de Bogomoletz*.
- Bombardement atomique.** v. *Cerveau*.
- Bouillaud.** v. *Maladie de Bouillaud*.
- Boulmie** (Sur l'association d'hyper-somnie et de) (P. SAGRIPANTI), 399.
- Boxe** (La nécessité de réglementer la pratique de la), 782.
- Bromure d'acétylcholine** (Le) intravai-neux dans les formes schizophréni-ques (G. MÉNÉGHÉL), 775.
- Bromures.** v. *Intoxication bromurée*.
- Bruit** (Sur une syncinésie-sursaut dé-clenchée par le) (Th. ALAJOUANINE et J. SCHERRER), 404.
- (Images provoquées par l'audition de) (J. DIJKHUIS), 611.
- Brucellose (neuro-).** Les données ana-tomiques de la neuro-brucellose (Y. POIRSINES), 147.
- Brûlés** (Les lésions cérébrales des) (J. LAPRESLE), 759.
- Brûlures** chez le jeune enfant (Les conséquences neuro-psychiatriques précoces et tardives des) (Cl. KOHLEN et G. FARGEOT), 129.
- Bulbe rachidien.** v. *Amyotrophie de Werdnig-Hoffmann*.
- v. *Syndrome vasculaire bulbo-pro-tubérantiel*.
- Buveurs.** v. *Alcool, Alcooliques et Al-coolisme*.
- Carbonarose** (La) : indications géné-rales et résultats personnels (M. MON-TASSUT, V. GACHKEL et C. LEROY), 358.
- Carotide interne** (Anévrysme postérieur de la portion susclinoïdienne de la). Ligature du collier. Guérison (J. HA-GUENAU, J. CHRISTOPHE et B. PERTUI-SET), 381.
- (Anévrysme traumatique supra-clinoïdien de la) avec atteinte unila-térale du nerf optique. Hémianopsie horizontale supérieure (J. BRIHAVE, J. MAGE et J. VERRIEST), 409.
- v. *Infiltration péricarotidienne*.
- Cataplexie** et pathologie de l'émotion (A. FERNANDEZ, Ph. MALRIEU et M. RI-SER), 449.
- Catatonie.** Un cas (J. CATHALA, P. AUZÉ-PY et Y. MATET), 134.
- périodique (Observations cliniques et métaboliques de longue durée dans la) (A.-G. CORNALL, B. EGLITIS, A. MILLER, A. BISTOKES et J.-G. DEWAN), 767.
- Causalgies** (Sympathectomie pré-gan-glionnaire dans le traitement des moignons douloureux et des) (R. MERLE D'AUBIGNÉ et J. BÉNASSY), 296.
- Cérébropathie aiguë mortelle** après traitement par la streptomycine (F. SACCANI et F. BASCHIERI), 295.
- Certificats de maladie** (Du respect de la nature confidentielle de la corres-pondance des médecins chefs de ser-vice des hôpitaux psychiatriques et du secret des diagnostics dans les) (M. LECONTE), 585.
- Cerveau.** Les accidents cérébraux au cours des traitements par les anti-biotiques (L. GAYRAL), 778.
- Un encéphale aux formations axia-les archaïques. Etude anatomo-cli-nique (ANDRÉ-THOMAS et J. GRUNER), 238.
- Exposé anatomo-pathologique d'un cas d'oligophrénie phénylpyruvique (J.-A.-N. CORSELLIS), 762.
- Les nouvelles conceptions de Conrad et la pathologie cérébrale (C. WEINS-CHENK), 263.
- Lésion cérébrale par rayons Rœnt-gen (G. FATTOVICH), 760.
- Lésions cérébrales causées par le bombardement atomique (Y. UCHI-MURA et H. SHIRAKI), 760.
- Les lésions du tronc cérébral dans le parkinsonisme (J.-G. GREENFIELD et F.-D. BOSENQUET), 761.
- (Participation du) à la maladie de Charcot (P. COSSA, J. DUPLAY, H. AMOROSO, A. CIAMIN et J. POSTEL), 238.
- (Premiers essais d'application de certains ganglioplégiques aux acci-dents vasculaires aigus du) (D. PETIT-

Calotte mésentécephalique. La question des faisceaux centraux de la calotte (Etude faite sur la collection de W.-R. Hess) (S. BURGI), 245.

Cancer. v. *Nerfs périphériques*.

Capacité civile. v. *Toxicomanes*.

Caractère (Les douze facteurs du). Leur influence sur la physiologie et sur l'écriture (J. BRACH), 250.

- DUTAILLIS, G. GUIOT et B. DAMOISEAU), 432.
- (Peut-on comparer le) à une machine électrique ? (M. GOZZANO), 617.
 - Signification morphologique des anastomoses lepto-méningées des artères cérébrales (N. VAN ECKEN), 386.
 - d'un sourd-muet. Etude quantitative (V.-W.-D. SCHENK), 762.
 - Symptômes cérébraux et suites cérébrales éloignées des maladies à exanthème de l'enfance (rougeole, rubéole, scarlatine, varicelle) et de la coqueluche, ainsi que les malformations congénitales dues à ces maladies (L.-Th. FOREL), 246.
 - (Activité). Enregistrement photographique des mouvements des globes oculaires dans différentes activités cérébrales (F. MOREL, J. BURGERMEISTER et P. DICK), 107.
 - (Affections vasculaires). Chirurgie du sympathique dans les affections vasculaires du cerveau (A. RODRIGUEZ-ARIAS et Z. ESTAPE), 442.
 - (—) Pression crânienne et affections vasculaires cérébrales. Le rôle de l'œdème du cerveau (G. SCHALTENBRAND), 440.
 - (Altérations) dans l'éclampsie (T. VORTEL), 276.
 - (Anévrysmes). A propos des anévrysmes des artères cérébrales associés à d'autres malformations (M. BERGOUIGNAN et L. ARNÉ), 137.
 - (—) A propos du traitement des anévrysmes intracrâniens (P. VAN GEHUCHTEN, J. MORELLE et A. DEREYMAEKER), 139.
 - (—) Etude électrophysiologique d'un cas d'anévrysme de la cérébrale antérieure. Retentissement cyclique sur le sommeil et le rythme cardiaque (S. THIRY et M.-A. GEREBTZOFF), 138.
 - (—) Séméiologie angiographique des anévrysmes, varices et angiomes du cerveau (E. MONIZ et M. GUERRA), 444.
 - (—) Sur la séméiologie et l'évolution d'anévrysmes intracrâniens chez les syphilitiques (Ch.-J. KETELAER), 138.
 - (—) Traitement des anévrysmes sacculaires intracrâniens (N.-M. DOTT), 442.
 - (—) Traitement chirurgical des anévrysmes artério-veineux et des tumeurs vasculaires du cerveau (H. OLIVECRONA), 443.
 - (Angiome). Angiome occipital avec hémorragie cérébroméningée. Intervention. Guérison avec agnosie visuelle temporaire (P. LÉCHELLE, D. PETIT-DUTAILLIS, A. THÉVENARD et R. GOUGIS), 434.
 - (—) Séméiologie angiographique des anévrysmes, varices et angiomes du cerveau (E. MONIZ et M. GUERRA), 444.
 - (Artère cérébrale antérieure) (Contribution à la pathologie des syndromes en foyer de l') (F.-B. HANSEN et F. SEITELBERGER), 264.
 - (Artères) (Signification morphologique des anastomoses lepto-méningées des) (N. VAN ECKEN), 386.
 - (Artérite) Artérites cérébrales oblitérantes et inflammatoires (P.-C.-P. CLOAKE), 440.
 - (Artério-sclérose). v. *Lipoprotéines*.
 - (Atrophie). Troubles de la marche d'allure pithiatique ; atrophie cérébrale (J. LEREBoullet et R. PLUVINAGE), 400.
 - (Biochimie). Recherches (A. PALLADINE), 615.
 - (Chirurgie). L'hibernation artificielle en chirurgie cérébrale (note préliminaire) (G. LAZORTHES et L. CAMPAN), 435.
 - (Circulation). Circulations cérébrale et rétinienne (P. BAILLIART, F. JOURDAN et J. HEYRAUD), 146.
 - (— vasculaire). Physiologie de la circulation cérébrale dans les affections vasculaires du cerveau (M. SEYMOUR, S. KETY), 440.
 - (Cortex). Ablation du cortex anormal dans la paralysie cérébrale infantile (W. PENFIELD), 290.
 - (—) Altérations nucléaires microscopiques et infra-microscopiques des neurones du cortex cérébral dans les maladies mentales (BAUD et DENBER), 275.
 - (—) Apports modernes à la psychophysiologie du cortex cérébral humain (M. UBEDA PURKISS), 615.
 - (Encéphale). Etudes stéréotaxiques des structures encéphaliques profondes chez l'homme. Technique. Intérêt physiopathologique et thérapeutique (J. TALAIRACH, J. DE AJURIA-GUERRA et M. DAVID), 264.
 - (Gliomes). Sur les modalités variées d'accroissement des tumeurs gliales (S. d'ANTONA), 615.
 - (Lésions organiques). La différenciation psychologique des lésions cérébrales organiques et leur localisation au moyen du test de Rorschach (H. DÖRKEN et V.-A. KRAL), 399.
 - (— vasculaires). Le pronostic des lésions cérébro-vasculaires (V. LUMIA), 137.
 - (Lobe frontal). Anévrysme cirsoïde géant du lobe frontal droit étendu à la voûte et au cuir chevelu. Exérèse en bloc par l'amputation du lobe frontal. Les conditions de l'hémostase (Cl. GROS et G. MARTIN), 138.

- (—) Contribution à l'analyse expérimentale du cerveau frontal (W.-R. HESS), 153.
- (—) Physiologie des lobes frontaux et du cervelet. Etude expérimentale et clinique (J.-F. FULTON), 248.
- (— **pariétal**) (A.-M.-D. CRITCHLEY), 443.
- (—) Apraxie du lobe pariétal (DENNY-BROWN), 445.
- (—) Des rapports de l'image corporelle avec les lésions du lobe pariétal (J. LHERMITTE), 444.
- (—) Les relations entre le lobe pariétal droit et le lobe pariétal gauche (H. HOFF), 444.
- (— **temporal droit**). Abscès du lobe temporal droit à début encéphalitique et à symptomatologie psychiatrique (J. MARIE, C. KOUPERNIK, J. SALET, J. LEPINTRE et J. HAZARD), 755.
- (**Malformations vasculaires**). Les malformations vasculaires cérébrales à l'exception des anévrismes (P.-F. GIRARD et M. DEVIC), 444.
- (**Nécrose**). Sur un type de nécrose cérébrale symétrique lenticulo-occipitale consécutive à des lésions massives de pyléphlébite (I. BERTRAND), 614.
- (**Oedème**). Pression crânienne et affections vasculaires cérébrales. Le rôle de l'oedème du cerveau (G. SCHALTENBRAND), 440.
- (**Pallidum**). Paraplégie avec démence. Dégénérescence pigmentaire pallidonigrique (G. HEUYER et J. DE AJURIAGUERRA), 592.
- (**Phrénasthénie**). Aspect particulier du manteau cérébral chez un phrénasthénique épileptique (G. FATTOVICH), 613.
- (—). Considérations sur les données anatomo-pathologiques dans quelques cas de phrénasthénie (G. FATTOVICH), 613.
- (**Radionécrose**). La radionécrose cérébrale expérimentale provoquée par radiothérapie de contact (J. GUILLAUME, I. BERTRAND, P.-L. GÉRARD, J. PECKER), 148.
- (**Thalamus**). Syndrome sensitif de type thalamique et à topographie chéiro-orale par lésion localisée du thalamus (R. GARCIN et J. LAPRESLE), 591.
- (—) v. *Schizophrènes*.
- (**Thromboses vasculaires**). Technique neuro-chirurgicale et traitement chirurgical des thromboses vasculaires (TRAUGOTT RIECHERT), 444.
- (**Tissu**). L'acide neuraminique dans le tissu cérébral du rat blanc (Mlle C. CHATAGNON et P. CHATAGNON), 150.
- (**Traumatisme**). Pédagogie curative chez les traumatisés cérébraux (K. TORNOW), 433.
- (—) Traumatisme crânio-cérébral. Paralyse des membres inférieurs pendant 4 ans 1/2. Intervention. Enorme hernie discale lombaire. Guérison (D. FERREY et J. VALET), 434.
- (**Tumeurs**). L'angiographie des tumeurs cérébrales (Cl. GROS, J. MINVIELLE, R. LABAUGE et J. CADILHAC), 410.
- (—) Note préliminaire sur l'application d'une réaction de Mendelief simplifiée au diagnostic des tumeurs intracrâniennes (R. JERME et M.-A. GEREBTZOFF), 154.
- (—) Progrès réalisés à la clinique neuro-chirurgicale de la Pitié, de 1949 à 1952, dans la localisation et le dépistage des tumeurs cérébrales par l'électro-encéphalographie et l'artériographie (D. PETIT-DUTAILLIS, H. FISCHGOLD et J. ROUGERIE), 434.
- (—) La teneur en acide citrique du liquide contenu dans les kystes de tumeurs cérébrales et du liquide céphalo-rachidien ventriculaire et lombaire (S. PELG et J.-N. CUMINGS), 620.
- (—) Traitement chirurgical des anévrismes artério-veineux et des tumeurs vasculaires du cerveau (H. OLIVECRONA), 443.
- (**Varices**). Séméiologie angiographique des anévrismes, varices et angiomes du cerveau (E. MONIZ et M. GUERRA), 441.
- (**Ventricules**). De la capacité des ventricules cérébraux en fonction de l'âge et la présence de plaques séniles et d'altérations d'Alzheimer (F. MOREL et E. WILDI), 413.
- v. *Brûlés*.
- v. *Calotte mésentérique*.
- v. *Distomatose cérébrale*.
- v. *Electro-encéphalographie*.
- v. *Encéphalite clinique*.
- v. *Encéphalopathies infantiles*.
- v. *Kérasine*.
- v. *Paraplégie*.
- v. *Pneumothérapie cérébrale*.
- v. *Thésaurismoses*.
- v. *Topométrie encéphalique*.
- Cervelet**. Les bases anatomiques des localisations cérébelleuses (A. BRODAL), 147.
- Dyssynergie cérébelleuse myoclonique progressive (Ramsay Hunt) à transmission dominante dans une famille bernoise (A. FRANCESCHETTI, D. KLEIN et H. WILLENER), 244.
- (Physiologie des lobes frontaux et du). Etude expérimentale et clinique (J.-F. FULTON), 248.
- v. *Amyotrophie de Werdnig-Hoffmann*.

— v. *Ataxie cérébelleuse*.

17-Cétostéroïdes (Le comportement de l'élimination urinaire des) chez les malades mentaux traités par les thérapeutiques convulsivantes (P. DOGLIANI et L. CAMPI), 283.

Champ visuel périphérique (Les élargissements du) après cisternographies dans les arachnoïdites optochiasmatiques post-traumatiques (P. PAGÈS et R. CAZABAN), 441.

Charcot. v. *Maladie de Charcot*.

Cheveu. v. *Cuir chevelu*.

Chirurgie cérébro-spinale (Le traitement des douleurs irréductibles par la) (J.-A. CHAVANY et D. HAGENMILLER), 291.

— **nerveuse périphérique** (A propos de quelques paradoxes apparents de) (CARAYON et BÈZES), 443.

— **préfrontale sélective**. v. *Psychochirurgie-cingulectomie*.

Chlorpromazine (Accidents cutanés présentés par le personnel infirmier des hôpitaux psychiatriques manipulant la) (4560 R.P. ou largactyl, n.d.). Leur prévention (J. TUSQUES et A. GAMBS), 229.

— (Un cas de guérison de bégaiement par la) chez un garçon de 15 ans, débile mental (FR. LANG), 733.

— Sur les effets de l'injection dans les ventricules cérébraux du chien, du chlorhydrate de diméthylaminopropyl-N-chloro-phénothiazine (4560 R.P.). Action centrale de ce produit (H.-P. CATHALA et J.-J. POCIDALO), 618.

— Note sur l'apparition de troubles extrapyramidaux au cours du traitement par le 4560 R.P. (M. THIÉBAUX, R. THIÉBAUX, R. ROYER, F. LEBORGNE et M. KIFFEL), 732.

— Le 4560 R.P. (largactil) dans le traitement du délirium tremens (Th. KAMMERER et R. EBTINGER), 102.

Chlorure de succinylcholine (Sur l'évolution de la technique de l'électrochoc jusqu'à l'emploi du). Myoplégine (J. VAN HERCK), 735.

Choc. v. *Convulsivothérapie*.

— **émotionnel** (Recherches biologiques sur le) (J. DELAY, B. LAINÉ, J. PUECH et J. CLAVREUL), 150.

Cholestérine. v. *Lipoidoses cholestériques*.

Cholestérinémie (Le comportement de la) dans l'électronarcose (P. DOGLIANI), 415.

Cholestérol (Evolution du taux du) chez les buveurs en cours de cure considérée en fonction des facteurs typologiques (J. DUBLINEAU, Mme SOBOUL et J. CALVET), 705.

— (Répartition du) en fonction des facteurs typologiques (J. DUBLINEAU, J. CALVET et Mme SOBOUL), 704.

Chorée de Sydenham (Etude sur le devenir d'enfants qui ont présenté des désordres du comportement et qui ont été atteints de) (W.-R. KEELER et L. BENDER), 752.

Chronaxies sensitives (Les) et les chronaxies vestibulaires dans les membres fantômes (G. BOURGUIGNON et B. WEIL), 380.

— **vestibulaires** (Les) et les chronaxies sensitives dans les membres fantômes (G. BOURGUIGNON et B. WEIL), 380.

Circulation cérébrale. v. *Cerveau (Circulation vasculaire)*.

Cisternographie gazeuse (La) au cours de la méningite tuberculeuse de l'enfant : son intérêt dans la conduite du traitement (J. CHAPTAL, Cl. GROS, D. BRUNEL, R. JEAN, R. LABAUGE et Mlle Cl. BÉCHARD), 406.

— (Intérêt de la) dans la conduite du traitement des méningites bactériennes de l'enfant (J. CHAPTAL, Cl. GROS, D. BRUNEL, R. JEAN, R. LABAUGE et Mlle Cl. BÉCHARD), 441.

— (Les élargissements du champ visuel périphérique après) dans les arachnoïdites optochiasmatiques post-traumatiques (P. PAGÈS et R. CAZABAN), 441.

Cité des fous (J. BELBEY), 769.

Citrate de lithium (Le) dans le traitement des syndromes d'excitation psychomotrice (J. CARRÈRE et Mlle POCHARD), 566.

Cladosporium. v. *Arachnoïdite fibropurulente*.

Classe de perfectionnement (Contribution au diagnostic différentiel entre l'arriération mentale et la schizophrénie infantile. Eléments apportés par l'évolution de l'enfant au sein de la) (R. FAU, B. ANDREY et LE MEME), 744.

— (Problème du débile caractériel au sein de la) (R. FAU, B. ANDREY et LE MEME), 748.

Claustrophobie (Un cas de) ayant débuté il y a neuf ans, guéri par narco-analyse (J. BILLET, R. LAFON et B. BILLET), 771.

Climactérium (Troubles mentaux dans le) (J.-A. GARCIA), 740.

Clochar (L'enfance du) (A. VESCHIARD), 749.

Coarctation aortique. v. *Convulsivothérapie par électrochoc*.

Coccygodynie essentielle (A propos du traitement de la) par la rugination du sacrum (G. ARNULF), 292.

Collection de W.-R. Hess (Etude faite sur la). La question des faisceaux

- centraux de la calotte (S. BURGI), 245.
- Colonne vertébrale. v. *Discarthroses cervicales*.
- v. *Technique de Love*.
- Coma hypoglycémique prolongé traité par semi-hibernation (M. BEAUDOUIN, Mlle Th. DAMPT, J. HENRY, M. PAUGAIN et H.-P. SMITH), 100.
- *insulinique thérapeutique*. v. *Convulsivothérapie par choc insulinique*.
- (Etude d'une schizophrénie soignée par la méthode des électrochocs et des) (Mme M. CAVÉ), 76.
- v. *Schizophrénie*.
- Commissure antérieure. v. *Dysgraphie médiane*.
- calleuse. v. *Dysgraphie médiane*.
- Compensation (La notion de) en psychopathologie (E. MINKOWSKI), 395.
- Complexes d'infériorité chez les enfants difficiles, faibles d'esprit et déficients (H. BRÜGGER), 747.
- de Lear et le concept de libido de l'adulte (A. PAUNCZ), 146.
- Comportement (Etude sur le devenir d'enfants qui ont présenté des désordres du) et qui ont été atteints de chorée de Sydenham (W.-R. KEELER et L. BENDER), 752.
- *cinétiques* et posturaux provoqués par stimulation sous-corticale chez le chat non-anesthésié. Leur relation avec le « réflexe d'orientation » (H. GASTAUT, V. VIGOUROUX et R. NAQUET), 153.
- *posturaux* et cinétiques provoqués par stimulation sous-corticale chez le chat non-anesthésié. Leur relation avec le « réflexe d'orientation » (H. GASTAUT, V. VIGOUROUX et R. NAQUET), 153.
- Compressions. v. *Moelle épinière*.
- Conceptions de Conrad (Les nouvelles) et la pathologie cérébrale (C. WEINCHENK), 263.
- Conduite humaine (Problèmes de la) (E. AZZI), 611.
- (Théorie de la). Tâche, réussite et échec (J. NUTTIN), 249.
- Confession (La) des péchés. Essai d'interprétation générale (R. PETTAZZONI), 610.
- Confusion. Accès confusionnels récidivants au cours du traitement d'une tuberculose rénale (Y. POURSINES, A. CRÉMIEUX, J. ALLIEZ et J. ROGER), 707.
- Conrad. v. *Conceptions de Conrad*.
- Conscience (Etudes sur la physiologie de la) : données oxymétriques du rôle de l'anoxie dans certains états psychiatriques (W.-L. DOUST), 150.
- (La localisation des processus de) (C. FERRIO), 759.
- *morale*. v. *Délire de persécution*.
- Construction d'un monde. v. *Test de la construction d'un monde*.
- Consultation médico-psychologique de Clermont-Ferrand (Organisation de la) et premiers résultats obtenus (Mme BAVEN), 769.
- Convulsivothérapie. L'artérite oblitérante n'est-elle qu'une contre-indication relative de la sismothérapie ? (J. CARRÈRE et Mlle POCHARD), 572.
- Le comportement de l'élimination urinaire des 17-cétostéroïdes chez les malades mentaux traités par les thérapeutiques convulsivantes (P. DOGLIANI et L. CAMPI), 283.
- Syndrome général d'adaptation et thérapeutique de choc dans les maladies mentales (R. BELSANTI), 429.
- Thérapeutique de choc (P.-H. WILCOX et I. ADLER), 429.
- v. *Choc émotionnel*.
- v. *Thérapeutique électrique transcérébrale*.
- *par électrochocs*. Crises épileptiques survenues chez des malades ayant subi un très grand nombre d'électrochocs. A propos de trois cas (G. BOITTELE, Mme Cl. BOITTELE-LENTULO, J. FORGET, A. ANTOINE et M. RUYER), 734.
- Epilepsie expérimentale par injection intraveineuse d'hexo-barbital chez un malade en traitement par électrochocs (R. FAU), 225.
- Etude d'une schizophrénie soignée par la méthode des électrochocs et des comas (Mme M. CAVÉ), 76.
- Sur l'évolution de la technique de l'électrochoc jusqu'à l'emploi du chlorure de succinylcholine (myoplégine) (J. VAN HERCK), 735.
- Une hypothèse sur le mode d'action des électrochocs et des comas dans les schizophrénies juvéniles (Mme M. CAVÉ), 746.
- Indications concernant les controverses relatives à l'électro-convulsiothérapie (A. GALLINEK), 431.
- Nouvelle étude d'un cas de schizophrénie traité par les électrochocs et les comas (Mme CAVÉ), 362.
- Modifications du courant sanguin, de la pression artérielle et des pulsations cardiaques associées à l'électrochoc convulsif (M.-L. BROWN, G.-W. BROWN et H.-M. HINES), 414.
- La place de l'électrochothérapie après la soixantaine (G. FERDIÈRE), 430.
- Des psychoses survenant durant l'électrochothérapie : leur relation avec la théorie des traitements de choc (E.-A. WEINSTEIN, L. LINN et R.-L. KAHN), 428.
- Quelques incidents post-critiques de l'électrochothérapie. Aperçu cli-

- nique et essais de prévention (C. FEUILLET, J. MERCIER et Mlle Th. DAMPT), 100.
- Rapport sur le traitement électroconvulsif de 102 schizophrènes malades depuis longtemps (A. FERGUS), 430.
- et système réticulo-endothélial chez des schizophrènes (D. ANGRISANI), 618.
- Thérapeutique électroconvulsive après intervention chirurgicale consistant en une coarctation aortique par implantation d'une isogreffe aortique (J.-V. MONKE), 431.
- Thyrotoxicose après électrochoc-thérapie (M.-A. BERCEL), 429.
- v. *Psychose puerpérale*.
- par choc insulinaire. A propos de l'hyaluronidase dans la cure de Sakel (G. BOITTELE, Mme Cl. BOITTELE-LENTULO, J. FORGET, A. ANTOINE et M. RUYER), 101.
- Cure de Sakel, réaction allergique, cortisone (H. MIGNOT, J.-B. DENIS et H. HEYWARD), 528.
- Modifications psychologiques observées dans le décours du choc hypoglycémique de Sakel (J. LUCENA), 390.
- Remarques sur les variations de certains stéroïdes urinaires au cours de la cure de Sakel (J. DELAY, G. DELAVILLE, P. SIZARET, B. LAINÉ et Ph. BENDA), 726.
- Variation des éosinophiles au cours du coma insulinaire thérapeutique (H.-C. SHANDS et D. MENZER), 763.
- v. *Psychose puerpérale*.
- par photochoc. Nouveautés dans le domaine psychiatrique : l'épilepsie photogénique et le photochoc (D. Rossi), 132.
- Courant sanguin. v. *Convulsivothérapie par électrochoc*.
- Coqueluche. v. *Enfance*.
- Correspondance médicale. A propos du secret médical dans les hôpitaux psychiatriques et du respect de la nature confidentielle de la correspondance des médecins chefs de service (M. LECONTE), 580.
- Du respect de la nature confidentielle de la correspondance des médecins chefs de service des hôpitaux psychiatriques et du secret des diagnostics dans les certificats de maladie (M. LECONTE), 585.
- Corticotrophine et cortisone en psychiatrie (J. BLÉGER), 775.
- Cortisone. Accidents mentaux de la thérapeutique cortisonique (M. LETAILLER, P. SCHMIDT et M. WICKER), 530.
- et A.C.T.H. en psychiatrie (J. DELAY, L. BERTAGNA et A. LAURAS), 536.
- et corticotrophine en psychiatrie (J. BLÉGER), 775.
- cure de Sakel, réaction allergique (H. MIGNOT, J.-B. DENIS et H. HEYWARD), 528.
- Manies symptomatiques et thérapeutiques récentes (J. ALLIEZ et A. SAVY), 43.
- v. *Méningite aseptique*.
- v. *Névraxite aiguë*.
- v. *Psychose cortisonique*.
- Cortex cérébral. v. *Cerveau (Cortex)*.
- Crampe des écrivains (Un cas de) guéri par le trihexiphénidyl (A. RAVINA), 425.
- Crâne (Un cas de syndrome subjectif des blessés du) sans traumatisme (J. HAMEL, Th. DAMPT et M. WEISBERGER), 730.
- (Pression intracranienne). Artérites cérébrales oblitérantes et inflammatoires (P.-C.-P. CLOAKE), 110.
- (Traumatismes). Encéphalographie dans les traumatismes crâniens récents (P. WERTHEIMER, G. ALLÈGRE et J. COURJON), 264.
- (—) Etude clinique, électro-encéphalographique, oto-rhino-laryngologique et radiologique de 400 malades présentant le syndrome subjectif des traumatisés du crâne (S. THIRY, Mlle WATILLON, M. TINANT et J. WOUTERS), 737.
- (—) Subluxations et entorses sous-occipitales ; leur syndrome fonctionnel consécutif aux traumatismes crâniens (M. FELD), 239.
- (—) Traumatisme crânio-cérébral. Paralyse des membres inférieurs pendant 4 ans 1/2. Intervention. Enorme hernie discale lombaire. Guérison (D. FEREY et JAVALET), 434.
- v. *Système veineux crânien*.
- (fermés) (L'électro-encéphalogramme dans les) et sa valeur en médecine légale (A. BALISEAU), 737.
- Crânio-sténoses (Traitement chirurgical des). Technique nouvelle du traitement de l'oxycéphalie (G. DESBUCQUOIS, C. GUIOT et N. POLOUKHINE), 435.
- Grésoxydiol. v. *Lombalgies*.
- Criminalité et psychochirurgie (A. PUCA), 299.
- Les situations psychologiques préciminelles révélatrices des caractères de l'état dangereux (O. KINBERG), 780.
- Criminels (Danger du placement des) et des délinquants dans les services des hôpitaux psychiatriques (P. GISCARD), 553.
- Criminologie (A propos du 3^e congrès international de) (PINADEL), 242.

Crise mélancolique. v. *Mélancolie*.

— *épileptiques.* v. *Epilepsie*.

Croissance (Conduite à tenir dans le traitement des arrêts de) (H. STÉVENIN), 154.

Cuir chevelu (Psychopathologie du) (G. VERDEAUX), 125.

Cure de Sakel. v. *Convulsivothérapie par choc insulinique*.

— v. *Cortisone*.

— v. *Ictus apoplectique*.

— de sommeil. v. *Sommeil*.

Cyclothymie. Les états cyclothymiques chez l'enfant impubère (M. SCHACHTER), 130.

D

Dacryoethmoïdie à pneumocoques (Méningite à rechutes, manifestation d'une) (J. EUZIERE, R. LAFON, J. DUCOS, R. CAZABAN et M. RIBSTEIN), 265.

Danses des abeilles (Le problème psychologique et neurologique des) (F.-S. ROTSCCHILD), 271.

Débile mental. v. *Mentale (Débilité)*.

Débilité ou détérioration (G. DAUMÉZON, MILES L. MOOR et NIZARD), 497.

— v. *Mentale (Débilité)*.

Décharges épileptiques. v. *Epilepsie*.

Défense sociale. v. *Sociale (Défense)*.

Dégénérescence wallérienne. Les modifications physico-chimiques au cours de la dégénérescence expérimentale des neuro-fibrilles (J. WILLEMS), 386.

Délinquants (La classification des) en France (Ch. GERMAIN), 299.

— (Dangers du placement des criminels et des) dans les services des hôpitaux psychiatriques (P. GISCARD), 553.

— **sexuels** (Le test de Rorschach chez les) (A. ZOLLIKER), 297.

— en prévention (Investigations psychiatriques et psychologiques sur les) ; un rapport sommaire (R. BRANCALE, A. ELLIS et R.-R. DOORBAR), 298.

Délire centré sur un membre fantôme chez une hémiplegique gauche par lésion vasculaire, avec anosognosie (H. HÉCAEN, J. DE AJURIAGUERRA et R. ANGELERGUES), 590.

— **Construction délirante dans le parc de l'établissement par un malade encore à classer** (Fr. ADAM et Mlle HAAS), 731.

— **Les deux extrêmes de la mythomanie.** Psychomimétique et délire paranoïde (B. SCHMITT), 136.

— (Du) : une lacune dans l'enseignement psychiatrique (M. LEVIN), 255.

— (La psychopathologie du) (H. STECK), 256.

— (Le), réaction d'auto-défense psychique (Mme M. CAVÉ), 721.

— (Le), réaction d'auto-défense psychique. Etude de quelques délires schizophréniques (Mme M. CAVÉ), 545.

— (Sémiologie et psycho-pathologie des) (H. BARUK), 256.

— **Les syndromes délirants de la ménopause en dehors des syndromes mélancoliques** (P. ABÉLY, B. JOLIVET, G. DE BAUDOUIN et Cl. BLANC), 700.

— v. *Accusations délirantes*.

— v. *Manie aiguë délirante*.

— à trois (P. ABÉLY, R. BESSIÈRE, E. MARTIMOR, B. JOLLIVET et ROSOLATO), 505.

— **chronique et troubles mentaux aigus.** Maladie d'Addison (L. DE GENNES, P. BENSOUSSAN et Mme F. KLEIN), 522.

— **de filiation et lobotomie** (J. LABOUCARIE et P. BARRÈS), 577.

— **de persécution** (Etude des troubles de la conscience morale dans la genèse d'un). Hallucinations des voix de la conscience. Thérapeutiques physiques et morales (H. BARUK, J. LAUNAY, G. LELORD et I. KARAGAG), 355.

— **hallucinatoire consécutif** (Sclérose en plaques avec onirisme et) (J. ALLIEZ, J. ROGER et R. PUJOL), 741.

— **politique** chez un paranoïde (J. GABEL), 135.

— **aigus hyperthermiques** (Indications et contre-indications de l'hibernation classique au cours des) (M. BEAUDOUIN, P. SMITH et M. PAUGAIN), 732.

— **alcooliques** (Formes cliniques des) (M. BACHET), 257.

— **schizophréniques** (Etude de quelques). Le délire réaction d'auto-défense psychique (Mme M. CAVÉ), 545.

Delirium tremens (Colloque sur le traitement du), Paris, 8 mai 1954, 624.

— (Contribution à la pathogénie et à la thérapeutique du) et de l'ivresse pathologique (GAZI YASARGIL), 258.

— **Etude pathogénique et thérapeutique des crises de delirium et des polynévrites observées chez les alcooliques chroniques** (R. LECOCQ), 258.

Delit de mœurs chez un obèse gynoïde (L. GAYRAL et R. DAUTY), 598.

— **contre la vie** (Contribution à la psychologie des) (J. SCHRÖDER), 297.

Démence (Etude psychologique d'un homme de 106 ans. Contribution aux concepts dynamiques de la vieillesse et de la) (D.-B. SCHUSTER), 254.

— (Paraplégie avec). Dégénérescence pigmentaire pallidonigrique (G. HEUYER et J. DE AJURIAGUERRA), 592.

— **précoce** (De la privation des parents et de la suppression du foyer familial dans la) et autres troubles mentaux (J.-E. OLTMAN, J.-J. MC GARRY et S. FRIEDMAN), 134.

- (Traitement de la) par la trypanosomiase (P. GALLAIS), 424.
- précocissime (Mme I. DE BURES et Mlle N. VERNET), 730.
- (Examens endocriniens dans différentes) (G. GARONNE), 108.
- Dépression.** Etats dépressifs dans la période initiale de la schizophrénie (C.-C. GIORDANA), 133.
- (Psychopathologie de la schizophrénie et de la). Effets de l'amytal et du sulfate d'amphétamine sur le niveau et la durée de l'attention (P.-E. HUSTON et R. SENF), 396.
- Dermites de contact.** v. *Chlorpromazine*.
- Dermoides spinaux** (Contribution à la connaissance des) et des épidermoïdes spinaux (L. MASSIGNAN), 615.
- Déséquilibré** (Disparition de phénomènes obsessionnels graves après « autolobotomie » chez un grand) (G. DAUMÉZON, Mlles J. COR et L. MOOR), 93.
- Déséquilibrés caractériels** (Le traitement des) d'après Maxwell Jones (B. SCHNEIDER), 109.
- Déshumanisation.** Les répercussions déshumanisantes de la vie machiniste de nos jours (N.-N. DRACOUILLÈS), 275.
- Désintoxication alcoolique.** v. *Alcoolisme (Désintoxication)*.
- Désoxycorticostérone.** v. *Syndrome algo-paralytique*.
- Dessin** (Le) des images intérieures en psychothérapie (J. VINCHON), 287.
- (L'étude de la personnalité infantile au moyen du) (M. LEMBERGER-L.), 272.
- Détérioration ou débilite** (G. DAUMÉZON, Mlles L. MOOR et NIZARD), 497.
- Développement psychique.** v. *Psychisme*.
- Diabète.** Epilepsie motrice localisée révélatrice d'une acidose diabétique (P. CASTAIGNE, R. HOUDART et A. BUGE), 132.
- sucré (Nouveau syndrome de Morgagni-Morel avec) (P. BOULET, H. SERRE, A. VEDEL, J. MIROUZE et H. BONNET), 766.
- Diagnostic aveugle.** v. *Test de Szondi*.
- Diarrhées** chez les nourrissons (Contribution à l'anatomie pathologique du syndrome neurotoxique des) (S. KNEZEVIC et M. KNEZEVIC), 148.
- Dichloréthane.** v. *Intoxication par le dichloréthane*.
- Dicrocoelium lanceolatum.** v. *Distomatose cérébrale*.
- Diiodothyronine.** v. *Thyroïde (Corps)*.
- Diméthyl-oxazoli-dimédione.** v. *Epilepsie*.
- Diphthérie** (Résultats d'expériences systématiques sur la cause de la fréquence périodique des complications nerveuses de la) (W. SCHEID et H. WIECK), 269.
- Discarthroses cervicales** (Contribution à l'étude anatomique des manifestations médullaires observées au cours des) (P.-F. GIRARD, A. GARDE et M. DEVIC), 381.
- Disque intervertébral.** v. *Moelle épinière cervicale*.
- Distomatose cérébrale** (Tribulations neurologiques d'un jeune berger atteint de) à *Dicrocoelium lanceolatum* (Fr. SIGUIER, M. FELD, M. PIETTE, J.-J. WELTI et P. LUMBROSO), 270.
- Bouleur** (Les effets de la) sur l'équilibre ionique du sang (M. DE LAET), 119.
- (Influence de la) sur le pH sanguin (M. DE LAET, P. NELSI et A. LAFONTAINE), 415.
- (Observations sur l'ablation du gyrus post-central contre les) (W. LEWIN et C.-G. PHILLIPS), 291.
- irréductibles (Le traitement des) par la chirurgie cérébro-spinale (J.-A. CHAVANY et D. HAGENMULLER), 291.
- Dreamy states** chez les enfants avec éloignement et rapprochement apparent des objets (E. WELLISH), 745.
- Droitiers.** Considérations sur le problème droite-gauche (W. KNOLL), 285.
- D.T.T.** v. *Alcooliques épileptiques*.
- Dysfonctionnements nerveux supérieurs** (Etude à l'aide du réflexe conditionnel salivaire chez le chien, de) consécutifs à des agressions diverses : aspects techniques et physiologiques (J. MALMÉJAC et P. PLANE), 279.
- Dysraphie latérale.** Agénésie des lobes olfactifs et des commissures calleuse et antérieure (dysraphie médiane). Révision de la question de l'« arhinencéphalie » (G. DE MORSIER), 243.
- médiane. Agénésie des lobes olfactifs (dysraphie latérale) et des commissures calleuse et antérieure. Révision de la question de l'« arhinencéphalie » (G. DE MORSIER), 243.
- Dyssynergie cérébelleuse myoclonique progressive.** v. *Cervelet*.
- Dysthymie.** Syndrome dysthymique ténace. Guérison immédiate après ventriculographie (M. HACQUARD, J. MERCIER et A. HARTEMANN), 734.
- Dystonie neuro-végétative** (Un traitement spécifique de la) (Fr. CERULLI), 294.
- Dystrophies.** v. *Syphilis congénitale*.

E

- Ecartement des incisives médianes.** v. *Signe de Gaucher*.

- Echec, réussite et tâche.** Théorie de la conduite humaine (J. NUTTIN), 249.
- Educateurs** (L'enseignement des) stagiaires à l'annexe psychiatrique de Fresnes (M. BACHET), 780.
- Educution sexuelle.** Sans tricher. Information sexuelle des garçons de 15 à 18 ans (H. GEORGES), 251.
- Eclampsie** (Altérations du cerveau dans l') (T. VORTEL), 276.
- Ecriture** (Les douze facteurs du caractère. Leur influence sur la physionomie et sur l') (J. BRACH), 250.
- Electro-cardiogramme.** v. *Polygraphie*.
- Electrochothérapie.** v. *Convulsivothérapie par électrochoc*.
- Electro-encéphalogramme** (Corrélations électro-cliniques entre l'), l'examen neuro-psychiatrique et les conclusions médico-légales (J. PIRON et MEURICE), 736.
- (Etude préliminaire des corrélations entre l'état mental et l') chez les épileptiques à tracés très perturbés (Th. KAMMERER, Fr. ROHMER, L. ISRAËL et R. DURAND DE BOUSINGEN), 98.
- (L') de la méningite tuberculeuse (R. DEBRÉ, H.-E. BRISSAUD, A. LERIQUE-KOECHLIN et S. BALSAN), 143.
- (Modification de l') du lapin sous l'action de divers anesthésiques locaux, injectés par voie intraveineuse (L. SOREL), 385.
- chez les sujets âgés (G. MENGOLI), 616.
- (L') dans les traumatismes crâniens fermés et sa valeur en médecine légale (A. BALISEAU), 737.
- v. *Polygraphie*.
- Electro-encéphalographie.** Altérations électro-encéphalographiques de type comitial chez une malade présentant des accidents nerveux d'allure pithiatique (D. MAHOUEAU, S. DAUM et A. MOUY), 400.
- (L'apport de l') à l'expertise mentale de l'adulte (J. PLANQUES et Ch. GREZES-RUEFF), 597.
- et artériographie (Progrès réalisés à la clinique neuro-chirurgicale de la Pitié de 1949 à 1952 dans la localisation et le dépistage des tumeurs cérébrales par l') (D. PETIT-DUTAILLIS, H. FISCHGOLD et J. ROUGERIE), 434.
- (L') au cours des méningites tuberculeuses de l'enfant traitées par la streptomycine. Confrontations anatomo-cliniques. A propos de 67 cas (J. CHAPTAL, P. PASSOUANT, D. BRUNEL, H. LATOUR, R. JEAN et J. CADILHAC), 405.
- (L') au cours des toxicoses de l'enfant. Confrontation clinique, électro-encéphalographique et anatomique (J. CHAPTAL, P. PASSOUANT, H. LATOUR, R. JEAN, R. LOUBATIÈRES, J. CADILHAC et Mlles Cl. BÉCHARD et D. ALBAM), 754.
- (L') dans la pratique neurologique courante (J. VAN LAERE), 386.
- Données récentes dans l'investigation électro-encéphalographique (J. LEBASCLE), 617.
- Etude d'une activité électro-encéphalographique méconnue : le rythme rolandique en arceau (H. GASTAUT, H. TERZIAN et Y. GASTAUT), 152.
- Etude électrographique chez l'homme et chez l'animal des décharges épileptiques dites « psychomotrices » (H. GASTAUT, R. NAQUET, R. VIGOUROUX, A. ROGER et M. BADIER), 401.
- (Introduction à l'étude des applications médico-légales de l') (J. TITECA), 736.
- et neuro-physiologie clinique (*Bulletin* officiel de la Fédération des Sociétés d'), 446.
- Quelle contribution peut donner à l'étude des activités psychiques la recherche électro-encéphalographique ? (Fr.-A. GEMELLI et L. ANCONA), 152.
- Quelle contribution peut donner la recherche électro-encéphalographique à l'étude des activités psychiques ? (Fr.-A. GEMELLI et L. ANCONA), 616.
- Test de Rorschach et examen électro-encéphalographique chez l'enfant dans des cas limités d'épilepsie (Z. HELMAN), 745.
- (Utilisation de l') dans l'expertise médico-légale (G. et J. VERDEAUX), 184.
- v. *Leucoencéphalite sclérosante subaiguë*.
- Electronarcose** (O. VERGAGNI), 432.
- (Le comportement de la cholestérolémie dans l') (P. DOGLIANI), 415.
- en psychiatrie. Résultats thérapeutiques. Indications, accidents (J.-P. SCHNETZGER), 741.
- Electrophorèse** (Applications de l') sur papier à l'étude des protéines sériques chez des sujets atteints de polymyosite (M. VAN SANDÉ), 106.
- Electro-stimulation non convulsive.** Nouvelles observations (H. BERLINER et F.-L. SHARTENBERG), 431.
- Embolie cérébrale.** v. *Epilepsie « psychomotrice »*.
- gazeuse. v. *Epilepsie « psychomotrice »*.
- solide. v. *Epilepsie « psychomotrice »*.
- Emotion** (La cataplexie et la pathologie de l') (A. FERNANDEZ, Ph. MALRIEU et M. RISER), 449.

- et infarctus du myocarde (L. DEROBERT et J. VACHER), 596.
- v. *Choc émotionnel*.
- v. *Psychose post-émotionnelle*.
- Etudes électromyographiques des états émotionnels chez des sujets normaux (P.-P. NEWMAN), 763.
- et médecine légale (P.-H. MULLER), 118.
- L'usage des médicaments sédatifs et stimulants dans les affections émotionnelles (FR.-R. BARTA), 773.
- Empirisme et subjectivité** (G. DELEUZE), 392.
- Empreintes manuelles** (Problème des recherches scientifiques sur les) chez les personnes normales et celles malades mentalement (E. LIEFMANN), 404.
- Encéphale**. v. *Cerveau*.
- Encéphalite clinique confirmée par électro-encéphalographie contemporaine d'une lymphoréticulose bénigne d'inoculation** (G. ROZET, R. FAU et M. BEAUDOUIN), 265.
- **loiasique** (L. VAN BOGAERT, A. DUBOIS, WANSON, P.-J. JANSSENS, COLLART, J. RADEMAEKER et G. TVERDY), 105.
- **sans paralysie** (Sur une), à évolution favorable débutant à l'issue d'une vaccination antirabique (L. VAN BOGAERT), 266.
- **subaiguë mortelle** (Sur une variété d') avec mouvements involontaires unilatéraux rythmés accompagnés d'éclipses synchrones de la conscience (A propos d'un cas anatomo-clinique) (J.-A. CHAVANY, G. GUIOT et D. HAGENMULLER), 266.
- v. *Souches vaccinales*.
- **pseudo-tumorales**. Etude anatomopathologique de 5 cas (M. JÉQUIER), 267.
- Encéphalographie dans les traumatismes crâniens récents** (P. WERTHEIMER, G. ALLÈGRE et J. COURJON), 261.
- **gazeuse** (Intérêt diagnostique et thérapeutique de l') au cours des états mélancoliques (P. GRAUX, A. LORRAIN et J. CARON), 433.
- Encéphalomyélite amyotrophique** (Sur une) à poussées successives. Données cliniques, électro-encéphalographiques et électro-myographiques (Th. ALAJOUANINE, J. NICK, J. LEFEBVRE et J. SCHERRER), 408.
- **subaiguë et lympho-réticulose bénigne d'inoculation** (maladie des griffes du chat) (A. GROSSIORD, A. WIMPHED et M. SELIGMAN), 409.
- Encéphalopathie remontant à l'enfance** (Syphilis congénitale avec dystrophies diverses et) (J. MARGAROT, P. RIMBAUD, P. IZARN et C. COMBIER), 401.
- **arsénicale**. A propos de deux observations. Considérations cliniques, électro-encéphalographiques et thérapeutiques (J. ROGER et A. ROGER), 144.
- (Un cas anatomo-clinique d') (G. DE MORSIER et H. FELDMANN), 144.
- **dysmorphique** : effet somatotrope dissocié (A. PUECH, Ch. COMBIER, A. PAGÈS et A. MIMRAN), 755.
- **infantile acquise, évolutive** (Présentation et discussion d'une) (G. HEUYER, M. FELD, H. DANON-BOILEAU et A. LALISSE), 380.
- **subaiguë**. v. *Leucoencéphalite sclérosante subaiguë*.
- (Les) au cours de la streptomycinothérapie (DESPIERRES), 295.
- **infantiles**. Traitement (Mme S. ALBITRECCIA et A. TOURNAY), 241.
- Enervation sinu-carotidienne**. v. *Myasthénie bulbo-spinale*.
- v. *Myasthénie d'Erb-Goldflam*.
- Enfance du clochard** (A. VESCHARD), 749.
- (Les facteurs de localisation dans les processus psychosomatiques de l') (L. MICHAUX et A. JUREDIEU), 130.
- (Symptômes cérébraux et suites cérébrales éloignées des maladies à exanthème de l') (rougeole, rubéole, scarlatine, varicelle) et de la coqueluche, ainsi que les malformations congénitales dues à ces maladies (L.-Th. FOREL), 246.
- (L') dans le souvenir de l'adulte (E. STERN), 749.
- v. *Encéphalopathie*.
- v. *Leucoencéphalite sclérosante subaiguë*.
- Enfant** (L'angoisse et l'agressivité chez l') (Mme H. MICHEL-LAURIAT), 747.
- au sein de la classe de perfectionnement (Contribution au diagnostic différentiel entre l'arriération mentale et la schizophrénie infantile. Eléments apportés par l'évolution de l') (R. FAU, B. ANDREY et LE ME-ME), 744.
- (Les conséquences neuro-psychiatriques précoces et tardives des brûlures chez le jeune) (Cl. KOHLER et G. FARGEOT), 129.
- (Le développement psychique de l') et de l'adolescent. Evolution normale. Pathologie. Traitement (Manuel d'étude) (E. PICHON), 127.
- (« Dreamy states » chez les) avec éloignement et rapprochement apparent des objets (E. WELLISH), 745.
- L'étude de la personnalité infantile au moyen du dessin (M. LEMBERGER-L.), 272.
- Interprétation psychologique et médicale des dessins infantiles (R. BEITICA-GIOVANNINI), 750.

- (La maturation de l') à la vie sociale (G. LORENZINI), 751.
- (Les origines de la mémoire chez l') (Ph. MALRIET), 609.
- (Les psychoses chez l') (L.-N.-J. KAMP), 129.
- (l') et les relations familiales (M. POROT), 599.
- La représentation de l'univers infantile (A. DALLA VOLTA), 272.
- (Le sens de la mort chez l') (G. HEUYER, S. LEBOVICI et A. GIABICANI), 241.
- (Significations principales du tremblement chez l'). Importance de sa recherche (A. BELEY), 753.
- (Test de Rorschach et examen électro-encéphalographique chez l') dans des cas limites d'épilepsie (Z. HELMAN), 745.
- (Test « du redressement brusqué » et comportement psycho-neuro-musculaire de l') (G. MOURIQUAND), 742.
- (Les troubles intellectuels de l') (R. BINOIS), 743.
- v. *Adolescence*.
- v. *Adolescent arriéré*.
- v. *Ataxie cérébelleuse*.
- v. *Autisme infantile*.
- v. *Encéphalopathie infantile*.
- v. *Hémisphérectomie*.
- v. *Illusion professionnelle*.
- v. *Jeu*.
- v. *Jumelles identiques*.
- v. *Mal de Pott*.
- v. *Médecine scolaire*.
- v. *Méningite tuberculeuse*.
- v. *Méningites bacillaires*.
- v. *Mentale (arriération)*.
- v. *Mongolisme*.
- v. *Mutisme*.
- v. *Neuro-psychiatrie infantile*.
- v. *Névrose infantile*.
- v. *Nourrisson*.
- v. *Paralysie générale infantile*.
- v. *Personnalités infantiles*.
- v. *Psychothérapie infantile*.
- v. *Puberté*.
- v. *Schizophrénie infantile*.
- v. *Schizophrénie prépubérale*.
- v. *Schizophrénies juvéniles*.
- v. *Sclérose en plaques*.
- v. *Soins maternels*.
- v. *Tabo-paralysie générale infantile*.
- v. *Toxicoses*.
- arriéré (Analyse des réactions de l') devant le miroir (A. SOULAIRAC, S.-A. SHENTHOUB et Mme E. RUSTIN), 694.
- -- (Recherches sur la motricité chez l') (M. MATHIS et Mlle Y. ROMPEL), 101.
- caractériel (l') parmi ses frères et ses sœurs (J. DESCOMBEY et G. ROQUEBRUNE), 747.
- d'âge scolaire (Note sur un « symptôme » rorschachien nouveau trahis-
- sant l'existence de troubles caracté-
- riels (agressivité, turbulence, mé-
- chanceté) chez l') (M. SCHACHTER),
- 747.
- -- (Sur la signification des inter-
- prétations de blanc dans le réactif de
- Rorschach chez 111) (A. BASSI), 746.
- impubère (Les états cyclothymiques
- chez l') (M. SCHACHTER), 130.
- ingrat (Réflexions pédagogiques sur
- l') (C. FRANÇOIS), 748.
- (Les accidents chez les), 782.
- (Etude sur le devenir d') qui ont
- présenté des désordres du comporte-
- ment et qui ont été atteints de cho-
- rée de Sydenham (W.-R. KEELER et
- L. BENDER), 752.
- (Les journaux pour) : numéro spé-
- cial d'« Enfance », 303.
- (Les) du premier âge sont-ils à exa-
- miner au point de vue psychologi-
- que, 303.
- v. *Mineurs délinquants*.
- arriérés mentaux (La voûte plan-
- taire. Ses variations chez les) (DE-
- PREUX et R. FONTAINE), 744.
- déficients, difficiles et faibles d'es-
- prit (Complexes d'infériorité chez
- les) (H. BRÜGGER), 747.
- difficiles (Complexes d'infériorité
- chez les), faibles d'esprit et déficients
- (H. BRÜGGER), 747.
- -- (Sur l'éducation des) (M. TRA-
- MER), 749.
- faibles d'esprit, difficiles et défi-
- cients (Complexes d'infériorité chez
- les) (H. BRÜGGER), 747.
- Entorses sous-occipitales. v. *Crâne*
- (*Traumatismes*).
- Enurésie (R. LACASSIE), 746.
- et psychodiagnostic de Rorschach
- (M. SCHACHTER et Mlle S. COTTE),
- 746.
- Eosinophiles. v. *Convulsivothérapie par*
- choc insulinaire*.
- Epidermoïdes spinaux (Contribution à
- la connaissance des dermoïdes et
- des) (L. MASSIGNAN), 615.
- Epilepsie. Altérations électro-encépha-
- lographiques de type comitial chez
- une malade présentant des accidents
- nerveux d'allure pithiatique (D. MA-
- ROUDEAU, S. DAUM et A. MOUY), 400.
- Crises épileptiques survenues chez
- des malades ayant subi un très grand
- nombre d'électrochocs. A propos de
- trois cas (G. BOITTELE, Mme Cl.
- BOITTELE-LENTULO, J. FORGET, A.
- ANTOINE et M. RUYER), 734.
- (Etat organique et psychique de
- l'individu au commencement de l')
- (F. SAL Y ROSAS), 130.
- Etude anatomique de quatre cas
- d'état de mal épileptique (I. BER-
- TRAND et D.-G.-F. HARRIMAN), 148.

- Etude électrographique chez l'homme et chez l'animal des décharges épileptiques dites « psychomotrices » (H. GASTAUT, R. NAQUET, R. VIGOUROUX, A. ROGER et M. BADIER), 401.
 - Facteurs afférents dans la pathogénie de l'accès épileptique (M. GOZZANO), 131.
 - (Les facteurs intellectuels dans l') (M. DAVIES-EYSENCK), 131.
 - (Formes inhabituelles de l') : le nystagmus épileptique (H. GASTAUT et J. ROGER), 590.
 - (Formes inhabituelles de l') : le spasme facial épileptique (H. GASTAUT et J. ROGER), 590.
 - et lotobomie préfrontale (Ch. FEUILLET, J. COLLIN, M. et R. THIÉBAUX), 289.
 - Manifestations ganglionnaires au cours de traitements par la méthyl-3-phényl-éthyl-5,5-hydantoïne (J. OUMER, J. PAILLAS, J. ROGER, R. MURATORE et Mlle M. BADIER), 776.
 - Nouveaux produits pour le traitement du petit mal épileptique (Fr. T. ZIMMERMAN), 775.
 - (La phényl-acétylurée dans la cure de l') (D. CENTINI et M. RADICCHI), 425.
 - (Test de Rorschach et examen électro-encéphalographique chez l'enfant dans des cas limités d') (Z. HELMAN), 745.
 - La trachéotomie, traitement héroïque au cours de certains états de mal épileptique (R. FONTAINE, A. DANY et L. SINGER), 98.
 - Le traitement du petit mal par le diméthyl-exazoli-dimédione (parédone) (J. LEREBOLLET, R. PLUVINAGE et R. DELARUE), 293.
 - Le traitement du petit mal par le méthyl-phényl-succinimide (J. LEREBOLLET, R. PLUVINAGE, C. VIDART et J. THOMAS), 776.
 - v. *Personnalité épileptique*.
 - v. *Psychoses épileptiques*.
 - *bravais-jacksonienne* (Décharges électriques positives et négatives dans une). Essai d'interprétation (R. HOUDART, R. LECASBLE, C. DREYFUS-BRISAC et M. DONDEY), 405.
 - dite « *temporale* » (Provocations des principales manifestations cliniques de l') par stimulation des structures rhinencéphaliques chez le chat non anesthésié (G. MORIN, H. GASTAUT, R. VIGOUROUX et A. ROGER), 414.
 - expérimentale par injection intraveineuse d'hexo-barbital chez un malade en traitement par électrochoc (R. FAU), 225.
 - familiale (L. MICHAUX, M. FANDRÉ et Mlle J. TEYSSEYRE), 745.
 - *-myoclonie*. Résultats de la leu-
- tomie sous-corticale dorsale des pôles frontaux dans un cas de myoclonie-épilepsie avec clonies rythmées continues des membres supérieurs (J. LE BEAU, S. DAUM et J.-F. FONCIN), 591.
 - *non tumorale* (Bases du traitement de l') par l'excision corticale (D. PETIT-DUTAILLIS, H. FISCHGOLD, B. PERTUISSET et G.-C. LAIRY-BOUNES), 288.
 - *occipitale* avec hallucinations lilliputiennes et obtusion psychique chez un enfant de 8 ans. Action radicale de la pneumothérapie cérébrale sur les crises et le retard scolaire (L. MICHAUX et R. ROGER), 401.
 - *photogénique* et photochoc. Nouveautés dans le domaine psychiatrique (D. ROSSI), 132.
 - « *psycho-motrice* » (Une cause méconnue parmi bien d'autres, d') encore dite *temporale* : l'embolie cérébrale solide, liquidienne et gazeuse (H. GASTAUT et J. ROGER), 239.
 - *sensitive* due à une tumeur homolatérale (P. CASTAIGNE, HELD et LECABLE), 131.
 - *psycho-motrices* (Le mécanisme réflexe de certaines) (J. BOUDOURESQUES et H. GASTAUT), 593.
- Epileptique** (La cure de désintoxication alcoolique chez l') (J. LEREBOLLET, L. VIDART, R. DELARUE et E. GASTEAU), 425.
- (Myélose hypoplasique chez une) traitée par la phénacétylurée associée au gardénal et à la benzédrine (G. BOUDIN, J. NICK, J. BARBIZET et J.-C. JOB), 428.
 - à tracés très perturbés (Etude préliminaire des corrélations entre l'état mental et l'électro-encéphalogramme chez les) (Th. KAMMERER, Fr. ROHMER, L. ISRAËL et R. DURAND DE BOUSINGEN), 98.
 - (L'association suisse d'aide en faveur des) (W. HUNZIKER), 287.
 - (Les équivalents), (FAHREDDIN KERIM GÖKAY), 131.
 - *alcooliques* Sur le traitement avec le disulfure de tétraéthylthiurame d'alcooliques épileptiques et d') (A. POLONI), 425.
- Epiphyse** (Tumeur). Tumeur épiphysaire à symptomatologie atypique (M. RISER, H. AMDUZE-ACHER et L. RIBAUT), 410.
- Epreuve de validation**. v. *Test de Szondi*.
- *gestaltique* (Etude d'une) (épreuve des « actes interrompus et du complètement des actes ») appliquée à la psychopathologie de l'âge involutif (M. NISTRÌ), 255.
- Erb-Goldflam**. v. *Myasthénie d'Erb-Goldflam*.

Erotisme (Genèse de l') dans les troubles mentaux de la femme (R. PAUL), 146.

Esthésio-neurocytome (Un cas d'). Tumeur nerveuse des fosses nasales (P. BOSC), 409.

Etat dangereux (Les situations psychologiques précriminelles révélatrices des caractères de l') (O. KINBERG), 780.

— anxieux. v. *Anxiété*.

— d'âme (Scolies sur les) et la vitalité (J.-J. LOPEZ IBOR), 610.

— dépressifs. v. *Dépression*.

— émotionnels. v. *Emotion*.

— mélancoliques. v. *Mélancolie*.

Ether (Appréciation des injections intraveineuses d') comme traitement des malades mentaux (D.-H. FUNKENSTEIN et L.-W. MEADE), 774.

Etude électrographique. v. *Électrographie*.

— stéréotaxiques. v. *Cerveau (Encéphale)*.

Examen neuro-psychiatrique (Corrélations électro-cliniques entre l'électro-encéphalogramme, l') et les conclusions médico-légales (J. PIRON et MEURICE), 736.

— endocriniens. v. *Démences*.

Excision corticale. v. *Epilepsie*.

Excitation psychomotrice (Le citrate de lithium dans le traitement des syndromes d') (J. CARRÈRE et Mlle POCHARD), 566.

Existentialisme (L'). Soumission de la philosophie à la sensibilité actuelle (Fr.-J. VON RINTELEN), 612.

— de Binswanger. Base expérimentale (W. SZILASI), 270.

— v. *Psychothérapie existentialiste*.

Exophtalmie œdémateuse: l'œil basedowien commun ne comporte aucune protrusion du globe (GILBERT-DREYFUS, M. ZARA et J.-L. FRANK), 767.

— v. *Maladie de Basedow*.

Expertise médico-légale (Utilisation de l'électro-encéphalographie dans l') (G. et J. VERDEAUX), 184.

— mentale de l'adulte (L'apport de l'électro-encéphalographie à l') (J. PLANQUES et Ch. GRÈZES-RUEFF), 597.

— psychiatrique (La signification des concepts normal, anormal, sain et malade dans l') (H. BINDER), 297.

— médicales (Réflexions sur les) dans les cas de mystique (P. GISCARD), 561.

F

Facteur sexuel. v. *Sexualité*.

— typologiques. v. *Typologie*.

Fahr. v. *Maladie de Fahr*.

Famille. L'enfant et les relations familiales (M. POROT), 599.

— De la privation des parents et de la suppression du foyer familial dans la démence précoce et autres troubles mentaux (J.-E. OLTMAN, J.-J. MCGARRY et S. FRIEDMAN), 134.

Faust, sa souffrance (F. BLUM), 413.

Femme. v. *Erotisme*.

Fibres cochléaires. v. *Nerfs crâniens (8^e paire)*.

Finlande. Sur le caractère national des Finnois (KAI VON FIEDANT), 275.

Fosses nasales (Tumeur nerveuse des). Un cas d'esthésio-neurocytome (P. BOSC), 409.

G

Gaine myélinique (La) en dégénérescence expérimentale et dans la sclérose en plaques. Recherches histochimiques (A. GEREBTZOFF), 386.

— arachnoïdiennes. v. *Névrite optique*.

Ganglioneurome. v. *Macrogénitosomie précoce*.

Gangliopliques (Les effets de quelques) sur l'excitabilité nerveuse centrale et l'excitabilité viscérale (Mme B. CHAUCHARD et P. CHAUCHARD), 279.

— (Premiers essais d'application de certains) aux accidents vasculaires aigus du cerveau (D. PETIT-DUTAILLIS, G. GUIOT et B. DAMOISEAU), 432.

— de synthèse. Recherches expérimentales (L. BINET, M. BURSTEIN et B. DAMOISEAU), 280.

Garcin. v. *Syndrome de Garcin*.

Gardénal. v. *Epileptique*.

— v. *Intoxication aiguë par le gardénal*.

Gargoylisme, un cas. Ses formes frustes. La valeur de la ponction-biopsie du foie (M. MATHIS et A. WACKENHEIM), 729.

Gaucher. v. *Signe de Gaucher*.

Gauchers. Considérations sur le problème droite-gauche (W. KNOLL), 285.

Gémellité. Contribution à l'étude du psycho-diagnostic de Rorschach chez des jumeaux (M. SCHACHTER), 273.

— Situation gémellaire et développement mental (R. ZAZZO), 272.

Gérontologie. v. *Electro-encéphalogramme*.

— v. *Involution*.

— v. *Longévité*.

Gestaltpsychologie. Ce qui subsiste de la théorie de la Gestalt dans la psychologie contemporaine de l'intelligence et de la perception (J. PIAGET), 758.

— L'état actuel de la théorie de la Gestalt en psychoneurologie (J. DE AJURIAGUERRA), 757.

— (Fondements de la) (W. METZGER), 757.

- et organisation psychique (R. MELLI), 758.
- Gestaltthéorie (Révision de la) (G. REVESZ), 270.
- Glandes endocrines et alcoolisme (Y. RAPAPORT), 281.
- surrénales. v. *Surrénales (Cortex)*.
- Globes oculaires (Enregistrement photographique des mouvements des) dans différentes activités cérébrales (F. MOREL, J. BURGERMEISTER et P. DICK), 107.
- Glossopharyngien. v. *Néuralgie*.
- Glycogénoses (Déterminations nerveuses des) (P. CASTAIGNE et Fr. LHERMITTE), 446.
- Granulome mûlin de Hodgkin et système nerveux (contribution clinique) (E. AZZI), 142.
- Grève de la faim (Le refus de manger, dit) chez les prisonniers (A. LEY), 296.
- Guérisseurs (Le problème actuel des). Confrontation avec l'expérience d'un service de psychiatrie hospitalière (M. BACHET et P. MARCHAIS), 68.
- Gynécomastie et affections neurologiques (A. GROSSIORD et E. BAULIEU), 420.
- Gyrus post-central (Observations sur l'ablation du) contre les douleurs (W. LEWIN et C.-G. PHILLIPS), 291.

H

- Hallucination. Sclérose en plaques avec onirisme et délire hallucinatoire consécutif (J. ALLIEZ, J. ROGER et R. PUJOL), 744.
- des voix de la conscience. Etude des troubles de la conscience morale dans la genèse d'un délire de persécution. Thérapeutiques physiques et morales (H. BARUK, J. LAUNAY, G. LELORD et I. KARAAGAC), 355.
- auditives (Sur un cas d') et psychiques vraies avec conscience du caractère pathologique des troubles. La loi de la contention de la pensée intérieure et de la bipolarité dans le problème des hallucinations (H. BARUK, J. LAUNAY, G. LELORD et I. KARAAGAC), 515.
- (Des mouvements de l'appareil vocal pendant les) (B.-H. ROBERTS, M. GREENBLATT et H.-C. SOLOMON), 261.
- lilliputiennes (Epilepsie occipitale avec) et obtusion psychique chez un enfant de 8 ans. Action radicale de la pneumothérapie cérébrale sur les crises et le retard scolaire (L. MICHAUX et R. ROGER), 401.
- olfactives et pathologie rhinencéphalique (J. ALLIEZ), 261.
- psychiques vraies et auditives (Sur un cas d') avec conscience du caractère pathologique des troubles. La loi de contention de la pensée intérieure et de la bipolarité dans le problème des hallucinations (H. BARUK, J. LAUNAY, G. LELORD et I. KARAAGAC), 515.
- visuelles (Recherches sur les images icédétiques et leur rapport partitulier avec les) (S.-S. SALTZMAN et S. MACHOVER), 260.
- Hallucinoze (O. DE FREITAS JUNIOR), 261.
- Haschisch (A. PLICHET), 768.
- Héautoscopie (De l') en général, avec analyse d'un cas (C.-D. CONSTANTINIDES), 336.
- Hématome intracérébral secondaire à l'hémorragie d'un angiome paraventriculaire (J. GÉRAUD, G. LAZORTHES et L. RIBAUT), 267.
- sous-dural. Deux cas d'hématomes sous-duraux chroniques d'expression clinique inusitée (hémiplegie, aphasie, hémianopsie). Disparition post-opératoire des symptômes (J. SIGWALD, J. GUILLAUME, R. ROGÉ et Mme Y. MAZARS), 591.
- bilatéral à symptomatologie motrice rare. Intervention. Guérison (Deux cas) (Ch. RIBADEAU-DUMAS, N. PÉRON, J. GUILLAUME et P. JANY), 591.
- Hématopoïèse (La régulation nerveuse de l') (R. MURATORE), 605.
- Hémianopsie horizontale supérieure. Anévrysme traumatique supraclinodien de la carotide interne avec atteinte unilatérale du nerf optique (J. BRIHAYE, J. MAGE et J. VERRIEST), 409.
- v. *Hématome sous-dural*.
- Hémiathétose (Ligature de la choroïdienne antérieure dans l') (J.-M. GUILLAUME), 240.
- Hémicanitie (hémipoliose) post-traumatique (J. LHERMITTE, J. DE AJURIA-GUERRA et R. MOURGUE), 404.
- Hémiplégie après pneumothorax (survie dépassant 12 ans) (P.-A. FINCK), 142.
- par thrombose artérielle au cours de l'évolution d'une méningite tuberculeuse de l'enfant. Rechute et mort en état de méningo-diencephalie. Confrontation clinique, électroencéphalographique et anatomique (J. CHAPTAL, P. PASSOUANT, D. BRUNEL, H. LATOUR, R. JEAN, R. LOUBATIÈRES, G. CARLI et J.-P. TEMPLE), 265.
- gauche (Délire centré sur un membre fantôme chez une) par lésion vasculaire, avec anosognosie (H. HÉCAEN, J. DE AJURIA-GUERRA et R. ANGELERGUES), 590.

— v. *Hématome sous-dural*.

Hémipoliose. Hémicanitie post-traumatique (J. LHERMITTE, J. DE AJURIA-GUERRA et R. MOURGUE), 404.

Hémisphérectomie gauche pour atrophie cicatricielle chez un enfant droitier. Discussion de l'acquisition post-opératoire du langage (G. HEUYER et M. FELD), 381.

Hémisyndrome du tronc cérébral (Névraxite aiguë avec). Evolution favorable sous traitements hormonal (A.C. T.H.) et antibiotique (terramycine) combinés (M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING et J. MINVIELLE), 295.

Hérédité. v. *Jumelles identiques*.

— v. *Malformations congénitales*.

— v. *Syphilis congénitale*.

Hermaphrodisme (Pseudo-). Macrogénitosomie précoce avec pseudo-hermaphrodisme. Lésions anatomiques multiples : hyperplasie adénomateuse de la zone corticale des surrénales ; hyperplasie de la glande pinéale ; ganglioneurome abdominal et intra-rachidien (G. GUILLAIN et I. BERTRAND), 156.

Hernie discale (La) : ses localisations, ses voies d'abord (R. ROUSSEAU, R. MIDON, Fr. LEPOIRE et JEAN-GEORGES), 291.

— lombaire (Enorme traumatisme cranio-cérébral. Paralyse des membres inférieurs pendant 4 ans 1/2. Intervention. Guérison (D. FERREY et JAVALET), 434.

Hess (W.-R.). v. *Collection W.-R. Hess*.
Hexo-barbital. v. *Epilepsie expérimentale*.

Hibernation (Indications et contre-indications de l') classique au cours des délires aigus hyperthermiques (M. BEAUDOUIN, P. SMITH et M. PAUGAIN), 732.

— artificielle (L') en chirurgie cérébrale (note préliminaire) (G. LAZORTHES et L. CAMPAN), 435.

— (Deux récents progrès en neurochirurgie, l'hypotension contrôlée et l') (G. LAZORTHES et L. CAMPAN), 435.

— prolongée pendant 7 jours (Tétanos grave de l'enfant guéri après) (M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING, P. BARJON et R. MIMRAN), 436.

— (Tentative d') dans un cas de tétanos « post-abortum » mortel (M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING, P. BARJON et R. MIMRAN), 436.

— (Semi-) Coma hypoglycémique prolongé traité par semi-hibernation (M. BEAUDOUIN, Mlle Th. DAMPT, J. HENRY, M. PAUGAIN et H.-P. SMITH), 100.

Hibernothérapie et cure de sommeil en thérapeutique psychiatrique et psy-

cho-somatique (J. DELAY, P. DENIKER et Y. TARDIEU), 157.

Histamine et cortico-surrénale (G. VALLETTE et H. HUDOBRO), 282.

Hodgkin. v. *Granulome malin de Hodgkin*.

— v. *Maladie de Hodgkin*.

Hoelderlin, Swedenborg, Strindberg et Van Gogh (K. JASPERS), 122.

Homme (L'), la lune et les saisons (W.-S. INMAN), 279.

— « normal » (L') vu à travers le test de Rorschach (M. LOOSLI-ÜSTERI), 607.

Hôpital psychiatrique (Sur l'organisation d'un service de tests dans un) (P. ROYER et P. SMITH), 769.

Hôpitaux psychiatriques (Accidents cutanés présentés par le personnel infirmier des) manipulant la chlorpromazine (4560 R.P. ou largactil, n.d.). Leur prévention (J. TUSQUES et A. GAMBS), 229.

— (A propos du secret médical dans les) et du respect de la nature confidentielle de la correspondance des médecins chefs de service (M. LECONTE), 580.

— (Dangers du placement des criminels et des délinquants dans les services des) (P. GISCARD), 553.

— (Du respect de la nature confidentielle de la correspondance des médecins chefs de service des) et du secret des diagnostics dans les certificats de maladie (M. LECONTE), 585.

Hormones. Sur la sensibilité hormonale et l'importance trophique du système de ganglions sympathiques terminaux (Ch. CHAMPY et COUJARD), 765.

— dites « posthypophysaires » (Sur l'origine diencéphalique des) (F. STUTINSKY), 765.

Hostilité. Entretiens thérapeutiques avec les parents ayant des réactions hostiles (E.-R. INVOD), 426.

Huile iodée. v. *Myxœdème*.

Hydrocéphalie chronique (Mort subite d'une jeune femme porteuse d'une) et d'un léiochromocytome latent (M. RISER, J. PLANQUES et J. RUFFIE), 598.

Hydrazide de l'acide isonicotinique. v. *Isoriazide*.

Hydrome sous-dural (F. THIÉBAUT, D. PHILIPPIDÈS, M. MENGUS, B. MONTRIEUL), 266.

Hygiène mentale industrielle. v. *Mentale (Hygiène industrielle)*.

— **neuro-mentale.** v. *Mentale (Hygiène neuro-)*.

— **scolaire** (Le médecin d') et l'équipe médico-sociale et psycho-pédagogique à l'école (J. DEMAUCHE), 622.

- Hypercorticisme œstrogénique.** De l'obésité gynoïde à l'obésité androïde (L. LANGERON), 155.
- Hyperfolliculinisme.** v. *Surrénales* (Cor-text).
- Hypertension artérielle et alcoolisme chronique** (R. LECOQ), 258.
- **essentielle** (Emotions et symptômes dans l') (J. HAMBLING), 397.
- Hyperthyroïdies frustes** (Le diagnostic des) par l'épreuve de fixation thyroïdienne de l'iode radio-actif (GILBERT-DREYFUS et M. ZARA), 421.
- Hypersomnie** (Sur l'association d') et de boulimie (P. SAGRIPANTI), 399.
- Hypophyse.** Tumeur hypophysaire (confirmation anatomique) (X. ABÉLY et L. MARCHAND), 487.
- (Troubles endocriniens, métaboliques et psychiques dans un cas d'épithélioma de l') (L. SINGER, A. DANY, M. MENGUS, L. RETACCHI et M. MEYER), 731.
- v. *Macrogénitosomie précoce*.
- v. *Maladie de Pick*.
- v. *Obésité hypothalamique*.
- v. *Pseudo-tabès hypophysaire d'Oppenheim*.
- Hypotension contrôlée** (Deux récents progrès en neuro-chirurgie, l') et l'hibernation artificielle (G. LAZORTHES et L. CAMPAN), 435.
- Hypothalamus** (Recherches expérimentales et cliniques avec des extraits d') (J.-A. GARCIA et A.-C. FERREIRA), 284.
- Hystérie.** v. *Myoclonie hystérique*.

I

- Ictus apoplectique** (De l') à l'œdème pulmonaire aigu par cure de Sakel. L'œdème central et son traitement (P. COSSA et J. POSTEL), 1.
- Identité** (Amnésie d'évocation élective de l') (G. DAUMÉZON, Mlles J. COR, L. MOOR et NIZARD), 492.
- Idiotie.** v. *Paraplégie spasmodique*.
- **amaurotique.** Cas anatomo-clinique (E. MAJLUF et N. CHIOK), 129.
- **de Tay-Sachs** (R. CLÉMENT, J. GRUNER, P. RAMEIX et J. BRETAGNE), 744.
- Illusion professionnelle** (La cristallisation de l') (P. NAVILLE), 753.
- Image corporelle.** v. *Cerveau (lobe pariétal)*.
- **iédétiques** (Recherches sur les) et leur rapport particulier avec les hallucinations visuelles (S.-S. SALTZMAN et S. MACHOVER), 260.
- Infarctus du myocarde et émotion** (L. DEROBERT et J. VACHER), 596.
- Infiltration péri-carotidienne de novocaïne** (Etude de la réaction d'éveil provoquée par l') (P. PASSOUANT et J. MINVIELLE), 594.
- Infirmer psychiatrique** (L'). Une nouvelle revue, 302.
- I.N.H.** v. *Isoniazide*.
- Injections intracérébrales.** Résultats thérapeutiques obtenus en trois ans (P. GUYOT), 367.
- Initiative psychomotrice** (Etude de l') et de la mise en train volontaire chez le sujet normal et en psychopathologie (H. BARUK, LIFSCHITZ et Mlle R. MELZER), 151.
- Insécurité dans la recherche de la sécurité** (B. KARPMAN), 398.
- Intelligence** (Ce qui subsiste de la théorie de la Gestalt dans la psychologie contemporaine de l') et de la perception (J. PIAGET), 758.
- Intérêts vocationnels.** v. *Test projectif d'intérêts vocationnels*.
- Intoxication aiguë par le gardénal** (Sur 33 cas groupés d') dans un établissement d'enfants (R. MANDE, P. DESGLAUX, A. SOULAIRAC et BEUCHER), 777.
- **barbiturique** (Trois cas d') gravissimes traités par la picrotoxine (J.-A. LIÈVRE, Mlle Y. MARTINET, G. PÉAN et R. WATTEBLED), 777.
- **bromurée** (S.-J. TILLIM), 294.
- **massive** par le 3277 R.P. (A propos d'une) au cours d'une tentative de suicide (J. HAMON, J. PARAIRE, ALBERTINI et R. ROBERT), 74.
- **mercurielle et schizophrénie.** Contribution à l'étude des psychoses mercurielles schizophréniformes (A. BADER), 135.
- **mortelle par le parathion** (triophosphate de diéthyl et paranitrophényl) (KOHN-ABREST), 596.
- **oxycarbonée** (Un cas d') avec troubles neuro-psychiatrique consécutifs (Th. KAMMERER, Mlle J. JOUFFROY et R. DURAND DE BOUSINGEN), 730.
- **Oxycarbonisme chronique** professionnel et sinistrose (G. JULLIEN), 242.
- **par l'acide cyanhydrique gazeux.** Lésions du système nerveux central dans les intoxications chroniques expérimentales par l'acide cyanhydrique gazeux (P. VALADE), 276.
- **par l'alcool éthylique, aiguë, mortelle,** et par l'alcool méthylique (V. BRUSTIER, J. TRILLOT, P. BOURDON, R. LOUBET et Mlle J. BERNARDY), 242.
- **par l'alcool méthylique et intoxication aiguë mortelle par l'alcool éthylique** (V. BRUSTIER, J. TRILLOT, P. BOURDON, R. LOUBET et Mlle J. BERNARDY), 242.

— par le dichloréthane. Un cas (A. HADENGUE et R. MARTIN), 597.

— par le phosphate tri-crisylique (Les lésions du système nerveux central dans l') (G. GUILLAIN, I. BERTRAND et Mme J. GODET-GUILLAIN), 614.

— urémique (A propos d'un cas de polynévrite apparu au cours d'une) (L. VALLADE et J. DEMAY), 592.

Involution. Etude d'une épreuve gestaltique (épreuve des « actes interrompus et du complètement des actes ») appliquée à la psychopathologie de l'âge involutif (M. NISTRI), 255.

— (Un syndrome méconnu : l'asthénie d') (asthénie ménopausique) (MONNEROT-DUMAINE), 768.

— v. *Climacterium*.

Iode radio-actif. v. *Hyperthyroïdies frustes*.

— v. *Maladie de Basedow*.

Ischémie (Epreuve de la réaction psychosomatique à l') (BARAHONA-FERNANDEZ), 214.

— Influence de l'anoxie et de l') sur les fonctions nerveuses supérieures. Etude expérimentale, chez le chien, à l'aide du réflexe salivaire conditionnel (J. MALMÉJAC, P. PLANE et E. BOGAERT), 762.

Isoniazide. Manies symptomatiques et thérapeutiques récentes (J. ALLIEZ et A. SAVY), 13.

— et psychisme (M. POROT), 161.

Ivresse pathologique (Contribution à la pathogénie et à la thérapeutique du delirium tremens et de l') (GAZI YASARGIL), 258.

J

Jarisch-Herxheimer. v. *Réaction de Jarisch-Herxheimer*.

Jeu (Psychologie du) et du sport (A. LEY), 609.

— de guignol (Le), technique de psychothérapie infantile (M. RAMBERT), 750.

Jumeaux. v. *Gémellité*.

Jumelles identiques (Audimutité chez deux) (Mme Cl. LAUNAY et P. DESRIAC), 594.

K

Kahler. v. *Maladie de Kahler*.

Kérasine (Les lésions entraînées par le stockage de la) (Sir R. BRAIN), 116.

L

Lampester. v. *Test de Lampester*.

Langage (Hémisphérectomie gauche pour atrophie cicatricielle chez un enfant droitier. Discussion de l'acquisition post-opératoire du) (G. HEUYER et M. FELD), 381.

— Le jargon des aphasiques. Désintégration anosognosique des valeurs sémantiques du langage. I. Analyse des principaux aspects (Th. ALAJOUANINE, C. SABOURAUD et B. DE RIBAU COURT), 262.

— II. Observations commentées (Th. ALAJOUANINE, C. SABOURAUD et B. DE RIBAU COURT), 262.

— (La narcoïse et les troubles psychomoteurs du) (M. BECQ, J. LACAPÈRE et L. GLEYZES), 413.

Largactil. v. *Chlorpromazine*.

Latence. v. *Temps de latence*.

Latéralisation (L'écartement des incisives médianes et le problème de la) (J. DUBLINEAU), 595.

Lear. v. *Complexe de Lear*.

Legs du Dr Hans Evensen (Annonce d'un) à la Société médico-psychologique, 690.

Leucoencéphalite sclérosante subaiguë (Aspects électro-encéphalographiques et cliniques de la). Leur valeur au point de vue du diagnostic différentiel avec d'autres encéphalopathies subaiguës et certaines tumeurs de l'enfance (J. RADERMECKER et J. MAGKEN), 143.

— de Ludo van Bogaert (S. THIERY), 105.

Leucose aiguë. v. *Méningite tuberculeuse*.

Leucotomie. v. *Psychochirurgie-leucotomie*.

— **préfrontale.** v. *Psychochirurgie-leucotomie préfrontale*.

— **transorbitaire.** v. *Psychochirurgie-leucotomie préfrontale transorbitaire*.

— **transorbitaire.** v. *Psychochirurgie-leucotomie transorbitaire*.

Leyden-Westphal. v. *Ataxie aiguë type Leyden-Westphal*.

Libido de l'adulte (Le concept de) et le complexe de Lear (A. PAUNCZ), 146.

Lipoidoses cholestériniques (Les) du système nerveux (A. GIAMPALMO), 117.

Lipoprotéines (Des) en général et artériosclérose cérébrale (A. SIMON, J.-W. GOFMAN, N. MALAMUD, H.-B. JONES et F.-T. LINDGREN), 417.

Liquide céphalo-rachidien (Détermination de la teneur en potassium du) normal en pathologique (A. LOWENTHAL), 106.

- (Résultats fournis par l'examen fractionné du) en neuro-psychiatrie infantile (L. MICHAUX et B. CHAUDERLOT), 280.
- ventriculaire et lombaire (La teneur en acide citrique du liquide contenu dans les kystes de tumeurs cérébrales et du) (S. PELG et J.-N. CUMINGS), 620.
- Lobe orbitaire.** v. *Psychochirurgie-leucotomie*.
- *pariétal*. v. *Cerveau (lobe pariétal)*.
- *olfactifs*. v. *Dysgraphie latérale*.
- Lobectomie pulmonaire** (Guérison par) d'un syndrome schizophrénique évoluant parallèlement à la bacillose (M. HACQUART, J. HENRY et M. BEIS), 99.
- Lobotomie.** v. *Psychochirurgie-lobotomie*.
- *préfrontale*. v. *Psychochirurgie-lobotomie préfrontale*.
- Localisations cérébelleuses.** v. *Cervelet*.
- Loi de la bipolarité** (La) et de la contention de la pensée intérieure dans le problème des hallucinations. Sur un cas d'hallucinations auditives et psychiques vraies avec conscience du caractère pathologique des troubles (H. BARUK, J. LAUNAY, G. LELORD et I. KARAAGAC), 545.
- de la contention de la pensée intérieure (La) et de la bipolarité dans le problème des hallucinations. Sur un cas d'hallucinations auditives et psychiques vraies avec conscience du caractère pathologique des troubles (H. BARUK, J. LAUNAY, G. LELORD et I. KARAAGAC), 545.
- Lombalgies** (Epreuve au créosydiol dans le pronostic et le traitement des) et des sciatiques (J. BOISSIER), 426.
- Longévité.** Un centenaire étudié au moyen du test de Rorschach (C. RIZZO), 255.
- Etude psychologique d'un homme de 106 ans. Contribution aux concepts dynamiques de la vieillesse et de la démence (D.-B. SCHUSTER), 254.
- Les problèmes médico-légaux de la vieillesse (J.-A. GARCIA), 299.
- Love.** v. *Technique de Love*.
- Lune** (La), les saisons et l'homme (W.-S. INMAN), 279.
- Lympho-réticulose bénigne** d'inoculation et encéphalo-myéélite subaiguë (maladie des griffes du chat) (A. GROSSIORD, A. WIMPHEN et M. SELIGMANN), 409.
- Machinisme.** Les répercussions déshumanisantes de la vie machiniste de nos jours (N.-N. DRACOULIDÈS), 275.
- Macrogénitosomie précoce** avec pseudo-hermaphrodisme. Lésions anatomiques multiples : hyperplasie adénomateuse de la zone corticale des surrénales ; hyperplasie de la glande pinéale ; ganglioneurome abdominal et intrarachidien (G. GUILLAIN et I. BERTRAND), 156.
- Malade** (Médecine et monde moderne. L'écran des techniques entre le médecin et le) (H. PÉQUIGNOR), 738.
- (La signification des concepts), sain, normal et anormal dans l'expertise psychiatrique (H. BINDER), 297.
- *chroniques neuropsychiatriques* (De la mise en liberté des) (J.-A. STRINGHAM), 403.
- Maladie d'Addison** : troubles mentaux aigus et délire chronique (L. DE GENNES, P. BENSOUSSAN et Mme F. KLEIN), 522.
- (Troubles nerveux et acétate de désoxycorticostérone. Curieux syndrome algo-paralytique au cours d'une) (D. DENECHAU), 283.
- de Basedow (La) de l'andropause (M. CREYX, J. LENG-LÉVY, J. VINENDEAU et A. SERRES), 768.
- Myxœdème cutané circonscrit thyroïdophrénique avec exophtalmie œdémateuse. Étude histologique avant et après régression thérapeutique (L. DE GENNES, H. BRICAIRE, R. TOURNEUR et J. LEPRAT), 767.
- (Traitement de la) par l'iode radio-actif (I 131) (L. BRULL et L. LEFEBVRE), 426.
- v. *Œil basedowien*.
- *prépubertaire* (M. DEROT, M. GOURY-LAFFONT, J. PÉRIN et M. SERFATI), 421.
- de Bouillaud (Méningite aseptique au cours du traitement par A.C.T.H. d'une maladie de) avec bactériémie à streptocoques (M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING, J. MINVIELLE et P. BARJON), 407.
- de Charcot (Participation du cerveau à la) (P. COSSA, J. DUPLAY, H. AMOROSO, A. CIAMIN et J. POSTEL), 238.
- de Fahr (La), calcifications intracérébrales non artério-scléreuses idiopathiques et ses rapports avec la tétanie (J. CAMBIER), 421.
- de Gaucher. v. *Kérasine*.
- de Hodgkin (Accidents nerveux au cours d'une) très améliorés par l'A.C.T.H. (F. SIGUIER, J.-J. WELTI, G. GUIOT et P. LUMBROSO), 141.
- de Kahler (Compressions médullaires au cours de la) (J. ALLIEZ, J. BON-

- NAL, G. SERRATRICE et M. BADIER-BÉ-
RARD), 240.
- de Pick chez un sujet atteint d'obésité diencéphalohypophysaire par kystes du pédoncule hypophysaire (E. MANCINI), 766.
 - de Steinert. Sur les altérations testiculaires de la myopathie myotonique. A propos de cinq observations (J. DECOURT, J. LEREBoullet, R. HENRY et G. TINEL), 420.
 - des griffes du chat. Encéphalomyélite subaiguë et lympho-réticulose bénigne d'inoculation (A. GROSSIORD, A. WIMPHEN et M. SELIGMANN), 409.
 - (Accidents nerveux de la) (R. DEPRÉ, L. VAN BOGAERT, S. THIEFFRY et M. ARTHUIS), 409.
 - à exanthème. v. *Enfance*.
 - mentales. v. *Mentales*.
- Mal de Pott chez l'enfant et l'adolescent (L'intervention systématique dans les paraplégies du) (P. LOMBEARD et P. DESCUNS), 442.
- épileptique. v. *Epilepsie*.
- Malformations congénitales (A propos de l'origine des) (P. GIRAUD), 285.
- dues à ces maladies (Symptômes cérébraux et suites cérébrales éloignées des maladies à exanthème de l'enfance (rougeole, rubéole, scarlatine, varicelle) et de la coqueluche, ainsi que les) (L.-Th. FOREL), 246.
 - vasculaires cérébrales. v. *Cerveau (Malformations vasculaires)*.
- Manie aiguë délirante (H.-F. JARVIE et M.-C. HOOD), 256.
- symptomatiques et thérapeutiques récentes (J. ALLIEZ et A. SAVY), 43.
- Manteau cérébral. v. *Cerveau (Phrénasthénie)*.
- Masses. v. *Psychobiologie*.
- Maturation et maturité (E. KAHN), 274.
- Maturité et maturation (E. KAHN), 274.
- Maxwell Jones. v. *Déséquilibrés caractériels*.
- Méchanceté, agressivité, turbulence chez l'enfant d'âge scolaire. Note sur un « symptôme » rorschachien nouveau trahissant l'existence de troubles caractériels (M. SCHACHTER), 747.
- Médecin (Médecine et monde moderne. L'écran des techniques entre le) et le malade (H. PÉQUIGNOT), 738.
- Médecine légale et B.A.L. (P. MOUREAU), 596.
- et émotions (P.-H. MULLER), 418.
 - (Le test de Rorschach en) (A. LÉONET), 779.
 - v. *Electro-encéphalogramme*.
 - v. *Electro-encéphalographie*.
 - v. *Examen neuro-psychiatrique*.
 - v. *Expertise médico-légale*.
 - v. *Syphilis*.
 - psychosomatique (Les thérapeutiques de relaxation en) (J. DE AJU-
- RIAGUERRA et J. GARCIA BADARACCO), 772.
- scolaire. Quelques symptômes neuro-psychiques d'alerte dans le cas de la visite d'admission scolaire (A.-P.-L. BELEY, M. MEYER et Mme DOURGUIN), 743.
 - Maladies mentales et inspection médicale scolaire (J. DECHAUME), 743.
 - sociale. v. *Syphilis*.
- México-psychologique (Société). Allocation de M. D. SANTENOISE, président sortant, 208.
- (—) Annonce d'un legs du Dr Hans EVENSEN à la Société médico-psychologique, 690.
 - (—) Assemblée générale, 56.
 - (—) Assemblée générale extraordinaire du 25 janvier 1954, 378.
 - (—) Bureau pour 1954, 28.
 - (—) Correspondance, 378.
 - (—) Décès du Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, 211.
 - (—) Décès du Dr A. FILLASSIER, 211.
 - (—) Election à trois places de membre correspondant national : MM. Y. POURSIRES, J. COHEN, J. SCHMIDT, 237.
 - (—) Election de deux membres correspondants nationaux : MM. V.-J. DURAND, E. TRILLAT, 379.
 - (—) Election d'un membre correspondant national : M. J. BRETON, 589.
 - (—) Election d'un membre correspondant national : M. H. CÉNAC-THALY, 728.
 - () Election d'un membre titulaire : M. J. ALLIEZ, 237.
 - (—) Election d'un membre titulaire honoraire : M. P. BEAUSSART, 237.
 - (—) Installation du nouveau Bureau pour 1954, 236.
 - (—) Liste des présidents, secrétaires généraux et trésoriers de la Société médico-psychologique depuis sa fondation (1852-1952), 26.
 - (—) Liste des membres établie le 1^{er} janvier 1954, 28.
 - (—) Modification des statuts, 236.
 - (—) Nomination d'un membre honoraire : M. A. HESNARD, 379.
- Mélancolie. La crise mélancolique vue à travers le test de Rorschach (G. DE BAUDOIN), 672.
- Intérêt diagnostique et thérapeutique de l'encéphalographie gazeuse au cours des états mélancoliques (P. GRAUX, A. LORRAIN et J. CARON), 433.
 - Note sur le pronostic des états mélancoliques (G. DAUMÉZON et J.-B. DENIS), 349.
 - Les syndromes délirants de la ménopause en dehors des syndromes mélancoliques (P. ABÉLY, B. JOLIVET, G. DE BAUDOIN et Cl. BLANC), 703.
- Melkersson-Rosenthal. v. *Syndrome de Melkersson-Rosenthal*.

- Membre fantôme** (Délire centré sur un) chez une hémiplegique gauche par lésion vasculaire, avec anosognosie (H. HÉCAEN, J. DE AJURIAGUERRA et R. ANGELERGUES), 590.
- **douloureux** (A propos d'un) de type cortical pur, sans douleur du moignon, avec comportement psychique normal. Discussion pathogénique et thérapeutique (D. PETIT-DUTAILLIS et B. WEILL), 238.
- **v. Chronaxies vestibulaires.**
- Mémoire** (Les origines de la) chez l'enfant (Ph. MALRIEU), 609.
- Mendelief.** v. *Réaction de Mendelief simplifiée.*
- Ménière.** v. *Vertige, type Ménière.*
- Méningite à rechutes.** Manifestation d'une dacryoethmoïdite à pneumocoques (J. EUZIÈRE, R. LAFON, J. DUCOS, R. CAZABAN, M. RIBSTEIN), 265.
- **aseptique** au cours du traitement par A.C.T.H. d'une maladie de Bouillaud avec bactériémie à streptocoques (M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING, J. MINVIELLE et P. BARJON), 407.
- **bacillaire** de l'enfant (Intérêt de la cisternographie gazeuse dans la conduite du traitement des) (J. CHAPTAL, Cl. GROS, D. BRUNEL, R. JEAN, R. LABAUGE et Mlle Cl. BÉCHARD), 441.
- **chronique** et pyocéphalie du nourrisson. Trois observations (J. CHAPTAL, Cl. GROS, D. BRUNEL, R. JEAN et Mlle D. ALRAM), 407.
- **tuberculeuse.** A propos de 78 cas (R. SOREL, A. BARDIER, H. BOUISSOU et A. DALOUS), 406.
- (L'électro-encéphalogramme de la) (R. DEBRÉ, H.-E. BRISSAUD, A. LERIQUE-KOECHLIN et S. BALSAN), 143.
- (Intérêt des associations d'antibiotiques et de leur introduction par voie intrarachidienne dans le traitement de la) (J. FOUQUET, Mlle V. HEIMANN et P. CORNU), 778.
- **guérie** (Troubles caractériels consécutifs à une) (M. SCHACHTER), 748.
- **infantile** (La cisternographie gazeuse au cours de la) : son intérêt dans la conduite du traitement (J. CHAPTAL, Cl. GROS, D. BRUNEL, R. JEAN, R. LABAUGE et Mlle Cl. BÉCHARD), 406.
- (L'électro-encéphalographie au cours des) traitées par la streptomycine. Confrontations anatomo-cliniques. A propos de 67 cas (J. CHAPTAL, P. PASSOUANT, D. BRUNEL, H. LATOUR, R. JEAN et J. CADILHAC), 405.
- (Hémiplegie par thrombose artérielle au cours de l'évolution d'une). Rechute et mort en état de méningo-diencéphalite. Confrontation clinique, électro-encéphalographique et anatomique (J. CHAPTAL, P. PASSOUANT, D. BRUNEL, H. LATOUR, R. JEAN, R. LOUBATIÈRES, G. CARLI et J.-P. TEMPLE), 265.
- (La place actuelle de la neurochirurgie dans le traitement de la) (Cl. GROS, R. LABAUGE, J.-M. ENJALBERT), 441.
- **terminale** après traitement hormonal d'une leucose aiguë (M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING et P. BARJON), 406.
- Méningo-diencéphalite** (Hémiplegie par thrombose artérielle au cours de l'évolution d'une méningite tuberculeuse de l'enfant. Rechute et mort en état de). Confrontation clinique, électro-encéphalographique et anatomique (J. CHAPTAL, P. PASSOUANT, D. BRUNEL, H. LATOUR, R. JEAN, R. LOUBATIÈRES, G. CARLI et J.-P. TEMPLE), 265.
- Ménopause** (Les syndromes délirants de la) en dehors des syndromes mélancoliques (P. ABÉLY, B. JOLIVET, G. DE BAUDOIN et Cl. BLANC), 700.
- **v. Asthénie ménopausique.**
- **v. Climactérium.**
- Mental** (Développement) et situation gémellaire (R. ZAZZO), 272.
- (Etat) (Etude préliminaire des corrélations entre l') et l'électro-encéphalogramme chez les épileptiques à tracés très perturbés (Th. KAMMERER, Fr. ROHMER, L. ISRAËL et R. DURAND DE BOUSINGEN), 98.
- (Arriération). Analyse des réactions de l'enfant arriéré devant le miroir (A. SOULAIRAC, S.-A. SHENTOUB et Mme E. RUSTIN), 694.
- (—) Contribution au diagnostic différentiel entre l'arriération mentale et la schizophrénie infantile. Éléments apportés par l'évolution de l'enfant au sein de la classe de perfectionnement (R. FAU, B. ANDREY et Le MEME), 744.
- (—) Sur la pédagogie des retardés (KHOLER), 743.
- (—) La voûte plantaire. Ses variations chez les enfants arriérés mentaux (J. DEPREUX et R. FONTAINE), 744.
- (Débilité). Un cas de guérison de bégaiement par la chlorpromazine, chez un garçon de 15 ans, débile mental (Fr. LANG), 733.
- (—) évolutive (S. LEBOVICI, H. DANNON-BOILEAU, Mme F. BENHAMOU et M. BARBIER), 497.
- (Expertise) (L'apport de l'électro-encéphalographie à l') de l'adulte (J. PLANQUES et Ch. GRÉZES-RUEFF), 597.
- (Hygiène antialcoolique). Création d'un dispensaire d'hygiène mentale

- antialcoolique : espérances et difficultés ; six premiers mois (J. BUTZBACH, Mme E. ABRAHAM et R. BOUTQUARDEZ), 733.
- (—industrielle). La collaboration du psychologue et du psychiatre dans l'hygiène mentale industrielle (R.-K. JECH), 621.
- (—neuro-). L'organisation des services d'hygiène neuro-mentale. Réalisations et résultats obtenus dans la province de Varese (M. FIAMBERTI et G. CINTI), 287.
- (Pathologie). Petit traité de pathologie mentale et nerveuse (anomalies, symptômes, syndromes, maladies, historique, thérapeutique) (R. BENON), 125.
- (Déficiences). De l'appréciation de l'action de l'acide glutaminique dans les déficiences mentales (R.-N. ZABARENKO et G.-S. CHAMBERS), 422.
- (Maladies) (Altérations nucléaires microscopiques et infra-microscopiques des neurones du cortex cérébral dans les) (BAUD et DENBER), 275.
- (—) et inspection médicale scolaire (J. DECHAUME), 743.
- (—) (Origine digestive et hépatointestinale de certaines) (H. BARUK), 128.
- (—) (Syndrome général d'adaptation et thérapeutique de choc dans les) (R. BELSANTY), 429.
- Mentalité mondiale** (Disposition de la) pour les applications sociales de la psychotechnie (J. MALLART), 274.
- Mentaux** (Accidents) de la thérapeutique cortisonique (M. LETAILLEUR, P. SCHMIDT et M. WICKER), 530.
- (Malades). Appréciation des injections intraveineuses d'éther comme traitement des malades mentaux (D.-H. FUNKENSTEIN et L.-W. MEADE), 774.
- (—) (Le comportement de l'élimination urinaire des 17-cétostéroïdes chez les malades) traités par les thérapeutiques convulsivantes (P. DOGLIANI et L. CAMPI), 283.
- (—) (Ulcère duodénal. Sa présence et son diagnostic chez les) (B.-M. WEST et A.-O. HECKER), 402.
- (—) (Troubles) dans le climatierium (J.-A. GARCIA), 740.
- (—) (Genèse de l'érotisme dans les troubles mentaux de la femme (R. PAUL), 146.
- (—) (De la privation des parents et de la suppression du foyer familial dans la démence précoce et autres) (J.-E. OLTMAN, J.-J. McGARRY et S. FRIEDMAN), 134.
- (—). v. *Pseudo-sclérose de Westphal-Strumpell*.
- (—) aigus et délire chronique. Maladie d'Addison (L. DE GENNES, P. BENSOUSSAN et Mme F. KLEIN), 522.
- Mercuré. v. Intoxication mercurielle.**
- Merle d'Aubigné. v. Paralytiques radiales.**
- Métachronoses thermiques réflexes** (Action de la morphine sur les) (Mmes B. CHAUCHARD et H. MAZOUÉ et M. P. CHAUCHARD), 618.
- Méthyl-phényl-succinimide** (Le traitement du petit mal par le) (J. LEREPOLLET, R. PLUVINAGE, C. VIDART et J. THOMAS), 776.
- Méthyl-3-phényl-éthyl-5,5-hydantoïne** (Manifestations ganglionnaires au cours de traitements par la) (J. OLMER, J. PAILLAS, J. ROGER, R. MURATORE et Mlle M. BADIER), 776.
- Méthodologie** (Dix minutes de) (Fr. ADAM), 731.
- Méthode Baisi**. Contribution à la thérapeutique des psychoses épileptiques par le « blocage végétatif » (A. JARIA), 424.
- Migrations des animaux** (Problèmes psychophysiologiques posés par les) (G. VIAUD), 612.
- Mineurs délinquants** (L'observation des) en milieu ouvert ; les problèmes qu'elle pose (M. COLIN, J. BOURRET et F. MEURILLON), 419.
- Moelle épinière**. Angiomes de la moelle et des racines (H. ROGER, J.-E. PAILLAS, J. BONNAL et R. VIGOUROUX), 139.
- (—) Compressions médullaires au cours de la maladie de Kahler (J. ALIEZ, J. BONNAL, G. SERRATRICE et M. BADIER-BÉRARD), 240.
- (—) Contribution à la connaissance des dermoïdes et des épidermoïdes spinaux (L. MASSIGNAN), 615.
- (—) Contribution à l'étude de l'angiomatose médullaire (P.-Ch VAN REETH), 139.
- (—) cervicale. Compression médullaire par hernie du disque entre 4^e et 5^e vertèbres cervicales (M. NISTRI), 141.
- (—) (Compressions). Les symptômes supralésionnels dans les compressions médullaires (V. NÉRI et C. PAIS), 141.
- (—) humaine (Contribution à l'étude de la cytoarchitectonie de la corne antérieure de la) (L. DE LEONARDIS), 146.
- Moignons douloureux** (Sympathectomie préganglionnaire dans le traitement des) et des causalgies (R. MERLE D'AUBIGNÉ et J. BÉNASSY), 296.
- Mongolisme** (Du facteur génétique du) (P. BRIQUET JR.), 745.
- Recherches, acquisitions et contributions à l'étude de l'arriération mongolienne (M. SCHACHTER), 128.
- Morgagni-Morel. v. Syndrome de Morgagni-Morel.**

- Morphine.** v. *Métachronoses thermiques réflexes*.
- Mort** (De la) due au traitement (W.-S. MACHAY), 427.
- (Le sens de la) chez l'enfant (G. HEUYER, S. LEBOVICI et A. GIABICANI), 241.
- Motricité** (Recherches sur la) chez l'enfant arriéré (M. MATHIS et Mlle Y. ROMPEL), 101.
- Mutisme** (Présentation d'un cas de) chez une enfant de 6 ans (G. HEUYER, H. DANON-BOILEAU, A. LALISSE, BELTAN et VAN STEENKISTE), 202.
- Mutité.** v. *Audimutité*.
- Myalgie.** Sur un syndrome myasthénique et myalgique réalisant une pseudomyopathie à évolution périodique (Th. ALAJOUANINE, A. LEMAIRE et A. BOURGUIGNON), 381.
- Myasthénie.** Sur un syndrome myasthénique et myalgique réalisant une pseudomyopathie à évolution périodique (Th. ALAJOUANINE, A. LEMAIRE et A. BOURGUIGNON), 381.
- bulbo-spinale (Effets de l'énervation sinu-carotidienne sur la). Essai d'interprétation (A. THÉVENARD), 593.
- d'Erb-Goldflam (Quelques questions au sujet d'un essai de traitement d'une) par la prégnélome (J.-Y. DEBROSSE), 293.
- d'Erb-Goldflam (Etude de treize cas de) traités par l'énervation sinu-carotidienne (A. THÉVENARD, L. LÉGER et Mlle J.-M. MARQUÈS), 292.
- grave (A propos du traitement chirurgical de la) (L. LÉGER), 293.
- Myélite post-vaccinale** (N. HENNEAUX), 386.
- Myélose hypoplasique** chez une épileptique traitée par la phénacétylurée associée au gardénal et à la benzédrine (G. BOUDIN, J. NICK, J. BARBIZET et J.-C. JOB), 428.
- Myoclonie-épilepsie** (Résultats de la leucotomie sous-corticale dorsale des pôles frontaux dans un cas de) avec clonies rythmées continues des membres supérieurs (J. LE BEAU, S. DAUM et J.-F. FONCIN), 591.
- hystérique. Un cas (R. LANIER et C. MAGIER), 729.
- Myopathie myotonique** (Sur les altérations testiculaires de la) (maladie de Steinert). A propos de 5 observations (J. DECOURT, J. LEREBoullet, R. HENRY et G. TINEL), 420.
- Myoplégie.** v. *Chlorure de succinylcholine*.
- Mystique** (Réflexions sur les expertises médicales dans les cas de) (P. GISCARD), 564.
- Mythomanie** (Les deux extrêmes de la). Psychomimétique et délire paranoïde (B. SCHMITT), 136.
- et narcoanalyse. Contribution clinique à l'évaluation critique de la narcoanalyse (C. GORRIA, G. GAMMA et E. VILLATA), 771.
- Myxœdème** (Deux nouveaux cas de) acquis de l'adulte consécutifs à des injections d'huile iodée (M. BAREAU), 157.
- d'origine centrale (H.-P. KLOTZ et J. AVRIL), 157.
- v. *Maladie de Basedow*.

N

- Narco-analyse**, 120, 121.
- (Contribution clinique à l'évaluation critique de la) : narcoanalyse et mythomanie (C. GORRIA, G. GAMMA et E. VILLATA), 771.
- (La) devant le Grand Conseil de Zurich, 783.
- v. *Claustration volontaire*.
- v. *Torticolis spasmodique*.
- Narcose** (La) et les troubles psychomoteurs du langage (M. BECQ, LACAPÈRE, L. GLEYZES), 413.
- Nécrose cérébrale.** v. *Cerveau (Nécrose)*.
- Négativisme.** Sur la signification patho-psychologique de l'attitude négativiste (A. KAREL EVRARD), 389.
- Nelson.** v. *Test de Nelson*.
- Néphrite aiguë mortelle post-bismuthique** (L. PÉRIN, P. JACOB et Mlle L. AILNOVSKY), 427.
- Nerf optique** (Atrophie du) par artériosclérose de l'artère carotide interne (P. PARIN), 268.
- craniens (8^e paire). Les fibres cochléaires (M. PORTMANN et Mme Cl. PORTMANN), 275.
- périphériques (L'infiltration néoplasique des) (Mme H. LEGAIT DE RAMAIX), 149.
- Neuro-brucellose.** v. *Brucellose (Neuro-)*.
- Neuro-chirurgie** (La place actuelle de la) dans le traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant (Cl. GROS, R. LABAUGE, J.-M. ENJALBERT), 441.
- Neuro-physiologie clinique** (*Bulletin officiel de la Fédération des sociétés d'électro-encéphalographie et de*), 446.
- Neuro-psychiatrie infantile** (Résultats fournis par l'examen fractionné du liquide céphalo-rachidien en) (L. MICHAUX et B. CHAUDERLOT), 280.
- Neurosyphilis.** v. *Syphilis (Neuro-)*.
- Névralgie du glosso-pharyngien** (C. NOBILE), 269.

— **faciale** (3 cas de) traités par les ultrasons (VERSPICK et B. TRUCHOT), 294.

— **v. Varicelle.**

Névraxite aiguë avec hémisindrome du tronc cérébral. Evolution favorable sous traitements hormonal (A.C.T.H.) et antibiotique (terramycine) combinés (M. JANEON, L. BERTRAND, J. SALVAING et J. MINVIELLE), 295.

Névrite optique rétrobulbaire bilatérale par métastases cancéreuses dans les gaines arachnoïdiennes (P. DANIS et M. BRIHAYE VAN GEERTRUYDEN), 268.

— **œdémateuses, arachnoïdites** bipolaires et arachnoïdites de l'angle ponto-cérébelleux (Cl. GROS et R. CAZABAN), 268.

Névrose infantile grave (Guérison brusque d'un cas de) par provocation de l'extinction des réactions à la prise de sang (M. BACHET et P. MARCHAIS), 518.

— **obsessionnelle** évoluant depuis 1919. Résultat de la leucotomie pratiquée en 1950 (B. FREY), 723.

— (Proposition d'une classification psychiatrique et d'une théorie des) (B. DISERTORI), 397.

Normal. Etude de l'initiative psychomotrice et de la mise en train volontaire chez le sujet normal et en psychopathologie (H. BARUK, LIFSCHITZ et Mlle R. MELZER), 151.

— (La signification des concepts), anormal, sain et malade dans l'expertise psychiatrique (H. BINDER), 297.

Normalité. L'homme « normal » vu à travers le test de Rorschach (M. LOSLI-USTERI), 607.

Nostopathie ou retour à la maison considéré comme pathogène (R. KARPE et I. SCHNAP), 404.

Nourrisson (Etude du développement psycho-moteur de la préhension volontaire chez le) (H. BARUK, B. LEROY, Cl. LAUNAY et B. VALLANCIEN), 742.

— (Méningite chronique et pyocéphalie du). Trois observations (J. CHAPTAL, Cl. GROS, D. BRUNEL, R. JEAN et Mlle D. AIRAM), 407.

— (Contribution à l'anatomie pathologique du syndrome neurotoxique des diarrhées chez les) (S. KNEZEVIC et M. KNEZEVIC), 148.

Novocaïne. v. *Infiltration péricarotidienne.*

Nucleus pulposus (La technique de Love dans la résection des hernies du) (Fr. ALAYZA ESCARDO et E. MONTEAGUDO), 442.

Nystagmus épileptique (Formes inhabituelles de l'épilepsie : le) (H. GASTAUT et J. ROGER), 590.

O

Obèse gynoïde (Délit de mœurs chez un) (L. GAYRAL et R. DAUTY), 598.

Obésité (Maladie de Pick chez un sujet atteint d') diencéphalohypophysaire par kystes du pédoncule hypophysaire (E. MANCINI), 766.

— **androïde** (De l'obésité gynoïde à l'). L'hypercorticisme œstrogénique (L. LANGERON), 155.

— (De l'obésité gynoïde à l'). Syndrome de Babinski-Frolich avec anémie grave (L. LANGERON), 420.

— **gynoïde** (De l') à l'obésité androïde. Syndrome de Babinski-Frolich avec anémie grave (L. LANGERON), 420.

— (De l') à l'obésité androïde. L'hypercorticisme œstrogénique (L. LANGERON), 155.

— **hypothalamique** après intervention chirurgicale hypophysaire (J. WEILL et Mme J. BERNFELD), 283.

Objectif (L'examen psychiatrique et la dualité subjectif-) (J. WYRSCH), 402.

Obsession. Disparition de phénomènes obsessionnels graves après « autolobotomie » chez un grand déséquilibré (G. DAUMÉZON, Mlles J. COR et L. MOOR), 93.

— **v. Névrose obsessionnelle.**

Obtusion psychique (Epilepsie occipitale avec hallucinations lilliputiennes et) chez un enfant de 8 ans. Action radicale de la pneumothérapie cérébrale sur les crises et le retard scolaire (L. MICHAUX et R. ROGER), 401.

Occultisme (L'), péril social. (HOUGARDY), 768.

Œdème central et son traitement. De l'ictus apoplectique à l'œdème pulmonaire aigu par cure de Sakel (P. COSSA et J. POSTEL), 4.

— **du cerveau.** v. *Crâne* (*Pression intracrânienne*).

— **v. Cerveau** (*Œdème*).

— **pulmonaire aigu** (De l'ictus apoplectique à l') par cure de Sakel. L'œdème central et son traitement (P. COSSA et J. POSTEL), 4.

Œil (Le danger pour l') des prescriptions médicales et chirurgicales d'atropine et de belladone (A.-M. LARMANDÉ et Mlle M. TOULANT), 296.

— **basedowien** (L') commun ne comporte aucune protrusion du globe : il n'est d'exophtalmie qu'œdémateuse (GILBERT-DREYFUS, M. ZARA et J.-L. FRANK), 767.

Oligophrénie. v. *Paraplégie spasmodique.*

— **phénylpyruvique** (C.-A. MARTIN et G. NADEAU), 128.

- (Exposé anatomo-pathologique d'un cas d') (J.-A.-N. CORSELLIS), 762.
 Onirisme et délire hallucinatoire consécutif (Sclérose en plaques avec) (J. ALLIEZ, J. ROGER et R. PUJOL), 711.
 Oppenheim. v. *Pseudo-tabès hypophysaire d'Oppenheim*.
 Ostéites. v. *Syphilis juvénile*.
 Oxycarbonisme chronique professionnel. v. *Intoxication par CO*.
 Oxycéphalie (Traitement chirurgical des cranio-sténoses. Technique nouvelle du traitement de l') (G. DESBUCQUOIS, C. GUIOT et N. POLOUKHINE), 435.
 Oxyde de carbone. v. *Intoxication oxycarbonée*.
 11-oxystéroïdes urinaires (Une nouvelle méthode de dosage biologique des) (F. COSTE, F. DELBARRE et F. LAURENT), 282.

P

- Pallidum*. v. *Cerveau (Pallidum)*.
 Parkinsonisme (Les lésions du tronc cérébral dans le) (G. GREENFIELD et J.-D. BOSANQUET), 761.
 — post-abortum (J.-A. CHAVANY et M. VOGELIN), 137.
 Paralyse du sommeil (J.-M. SCHNECK), 413.
 — cérébrale infantile. v. *Cerveau (Cortex)*.
 — générale (Etude pneumoencéphalographique de la) (B. YAGDJOGLOU), 402.
 — v. *Pseudo-paralyse générale*.
 — v. *Tabo-paralyse générale infantile*.
 — infantile. Deux cas (S. LEBOVICI, Y. ROUMAJON, P. PAUMELLE et SIMATOS), 188.
 — radiales traitées par transposition tendineuse suivant la technique de Merde d'Aubigné (J. BÉNASSY), 382.
 Paranoïa. Le problème du diagnostic des troubles paranoïaques (H. BONNER), 257.
 Paranoïde. Les deux extrêmes de la mythomanie. Psychomimétique et délire paranoïde (B. SCHMITT), 136.
 — (Délire politique chez un) (J. GABEL), 135.
 Paraplégie en flexion d'origine cérébrale. Physiopathologie et pathogénie (L. BARRAQUER-BORDAS), 139.
 — (Nouveaux moyens de traitement des cas de) (M. GUKELBERGER), 245.
 — Traumatisme cranio-cérébral. Paralyse des membres inférieurs pendant 4 ans 1/2. Intervention. Enorme hernie discale lombaire. Guérison (D. FERREY et JAVALET), 434.
 — v. *Démence*.
 — spasmodique familiale (Etudes sur la). La famille Tib... Formes très précoces de la paraplégie spasmodique familiale avec idiotie et oligophrénie dans les branches collatérales (L. APPEL et L. VAN BOGAERT), 140.
 — (L'intervention systématique dans les) du mal de Pott chez l'enfant et l'adolescent (P. LOMBARD et P. DESCUNS), 442.
 Parathon. v. *Intoxication mortelle par le parathon*.
 Passions (Traité des) (E. MOUCHET), 391.
 Pathologie cérébrale. v. *Cerveau*.
 — rhinencéphalique. v. *Hallucinations olfactives*.
 Pays-Bas (L'analyse du sang aux) (S.-J. TIMMENG), 779.
 Péchés. v. *Confession*.
 Pédagogie curative chez les traumatisés cérébraux (K. TORNOW), 433.
 Penfield. v. *Zone motrice supplémentaire de Penfield*.
 Pensée intérieure. v. *Loi de la contention de la pensée intérieure*.
 — psychiatrique (Contribution à l'étude analytique de la) (M. BOSS), 412.
 Pénicilline. v. *Syphilis méningo-radulaire*.
 Perception (Ce qui subsiste de la théorie de la Gestalt dans la psychologie contemporaine de l'intelligence et de la) (J. PIAGET), 758.
 — v. *Processus perceptif*.
 Personnalité épileptique (La) vue à travers le test de Rorschach (C. BEIZMANN), 305.
 — infantile (L'étude de la) au moyen du dessin (M. LEMBERGER-L.), 272.
 — (LEWIS B. HILL), 399.
 — psychopathiques (J. ALVEZ GARCIA), 399.
 Petit mal. v. *Epilepsie*.
 Phénacétylurée. v. *Epilepsie*.
 — v. *Epileptique*.
 Phénégan. v. *Intoxication massive par la prométhazine*.
 — v. *Prométhazine*.
 Phénomènes de Reilly et syndrome général d'adaptation de H. Selye (Ph. DECOURT), 277.
 — obsessionnels. v. *Obsession*.
 Phoniatry (Nouveaux points de vue sur la nature, les tâches et les progrès de la) (E. SCHÖNHART), 154.
 Phosphate tri-cristallique. v. *Intoxication par le phosphate tri-cristallique*.
 Phrénasthénie. v. *Cerveau (Phrénasthénie)*.
 pH sanguin (Influence de la douleur sur le) (M. DE LAET, P. NELSI et A. LAFONTAINE), 415.

- Physiologie** (Cinquante ans de) (A. MAYER), 276.
- (Précis de) (L.-C. SOULA), 247.
- **pathologique tissulaire** (De la nature des troubles trophiques ; importance vraisemblable de ces troubles dans la) (R. LERICHE), 764.
- Physionomie** (Les douze facteurs du caractère. Leur influence sur la) et sur l'écriture (J. BRASCH), 250.
- Pick**. v. *Maladie de Pick*.
- Picrotoxine**. v. *Intoxication barbiturique*.
- Pithiatisme**. Altérations électro-encéphalographiques de type comitial chez une malade présentant des accidents nerveux d'allure pithiatique (D. MAHOUDEAU, S. DAUM et A. MOUY), 400.
- Troubles de la marche d'allure pithiatique ; atrophie cérébrale (J. LERREFOULLET et R. PLUVINAGE), 400.
- Placement**. v. *Hôpitaux psychiatriques*.
- Plasma**. v. *Acide ascorbique*.
- Pléochromocytome latent** (Mort subite d'une jeune femme porteuse d'une hydrocéphalie chronique et d'un) (M. RISER, J. PLANQUES et J. RUFFIÉ), 598.
- Pleurs** (Psychosomatique du rire et des) (H. SUTERMEISTER), 609.
- Plummer-Vinson**. v. *Syndrome de Plummer-Vinson*.
- Pneumocoques**. v. *Dacryoethmoïdie à pneumocoques*.
- Pneumo-encéphalographie**. v. *Paralysie générale*.
- Pneumothérapie cérébrale** (Epilepsie occipitale avec hallucinations lilliputiennes et obtusion psychique chez un enfant de 8 ans. Action radicale de la) sur les crises et le retard scolaire (L. MICHAUX et R. ROGER), 401.
- Pneumothorax**. v. *Hémiplégie*.
- Pyléphlébite** (Sur un type de nécrose cérébrale symétrique lenticulo-occipitale consécutive à des lésions massives de) (I. BERTRAND), 614.
- Pyocéphalie et méningite chronique du nourrisson**. Trois observations (J. CHAPTAL, Cl. GROS, D. BRUNEL, R. JEAN et Mlle D. ALRAM), 407.
- Poliomyélite**. Culture « in vitro » du virus poliomyélitique sur tissu humain adulte (P. LÉPINE, G. BARSKI, GÉRAUD DE BRION et V. MONACI), 621.
- (Immunisation contre la), 783.
- Innocuité pour l'homme du virus poliomyélitique fixé au lapin (G. BLANC et L.-A. MARTIN), 621.
- (Sur un procédé de diagnostic biologique par mise en évidence du virus dans les formes méningées de la) (L.-A. MARTIN, J. DELON, J. GRÉVIN, L. CATHALA et J. FÉLIX), 280.
- **antérieure aiguë** (La trachéotomie dans la) (P. PONCET), 443.
- **cervicale** (Troubles paralytiques de la statique laryngée et atrophie de la moitié inférieure de la face, séquelles particulières d'une) (Th. ALA-JOUANINE et J. NEHL), 593.
- Polygraphie** (Présentation d'une nouvelle technique de) (D. ALBE-FES-SARD, J. LEFEBVRE, G. et J. VERDEAUX), 503.
- Polymyosite** (Applications de l'électrophorèse sur papier à l'étude des protéines sériques chez des sujets atteints de) (M. VAN SANDÉ), 106.
- Polynévrite** (A propos d'un cas de) apparu au cours d'une intoxication urémique (L. VALLADE et J. DEMAY), 592.
- des membres inférieurs (Syndrome de Plummer-Vinson avec) (A. CHARLIN), 240.
- (Etude pathogénique et thérapeutique des crises de delirium et des) observées chez les alcooliques chroniques (R. LECOQ), 258.
- **toxiques**. Classification (J. BOUDOU-RESQUES), 269.
- Polyurie insipide**, étude électro-encéphalographique (J. BRAHIC, H. GASTAUT, R. RABINOVITZ et J. REY), 419.
- Ponction lombaire** (Les incidents de la). Analyse de quelques facteurs pathogéniques (C. FEUILLET, J. MERCIER, Mlle Th. DAMPT et J. GÉRARDIN), 735.
- Porteurs**. v. *Test du labyrinthe de Porteurs*.
- Poésie**. v. *Schizophrènes*.
- Potassium**. v. *Liquide céphalo-rachidien*.
- Pott**. v. *Mal de Pott*.
- Processus perceptif** (Légitimité d'une analyse du) fondée sur une distinction en « phases » ou « stades » (G. KANIZSA), 608.
- **psychosomatique**. v. *Psychosomatique*.
- Prométhazine** (L'action inhibitrice centrale de la) (phénergan) (Mme B. CHAUCHARD et P. CHAUCHARD), 618.
- Protéines sériques**. v. *Electrophorèse*.
- Prégnelome**. v. *Myasthénie bulbo-spinale d'Erb-Goldflam*.
- Préhension volontaire** chez le nourrisson (Etude du développement psychomoteur de la) (H. BARUK, B. LEROY, Cl. LAUNAY et B. VALLANCIEN), 742.
- Pression artérielle**. v. *Convulsivothérapie par électrochoc*.
- **cranienne**. v. *Cerveau (œdème)*.
- Prises de sang** (Nouvelles considérations concernant les effets thérapeutiques de l'épuisement des réactions réflexes aux) (M. BACHET et P. MARCHAIS), 691.

- *v. Névrose infantile.*
- Prix Hans-Evensen.** Annonce d'un legs du Dr Hans Evensen à la Société médico-psychologique, 690.
- Pseudo-hermaphrodisme.** *v. Hermaphrodisme (Pseudo-).*
- **paralysie générale post-traumatique** (J. TUSQUES et A. GREEN), 540.
- **tabès hypophysaire d'Oppenheim** (A. PUECH, Ch. COMBIER, A. PAGÈS et J. TAILLADE), 766.
- **sclérose de Westphal-Strumpell** (Un cas de) avec troubles mentaux (S. MUTRUX et C. BARBÉZAT), 109.
- Psychanalyse.** Analyse psychique et synthèse existentielle (I.-A. CARUSO), 604.
- et pratique psychiatrique (A. HESNARD), 145.
- Problèmes de technique psychanalytique (O. FENICHEL), 252.
- et psychiatrie (G. HEUYER), 144.
- Psychiatre** (La collaboration du psychologue et du) dans l'hygiène mentale industrielle (R.-K. JECH), 621.
- (Progrès de la) et utilisation de ses principes dans la pratique quotidienne de la médecine (L.-H. BARTEMEIER), 394.
- et psychanalyse (G. HEUYER), 144.
- **Psychanalyse et pratique psychiatrique** (A. HESNARD), 145.
- **contemporaine.** Principes, méthodes, applications (L. GAYRAL), 603.
- **hospitalière** (Le problème actuel des guérisseurs. Confrontation avec l'expérience d'un service de) (M. BACHET et P. MARCHAIS), 68.
- Psychisme.** Quelle contribution peut donner à l'étude des activités psychiques la recherche électro-encéphalographique ? (Fr.-A. GEMELLI et L. ANCONA), 152.
- Quelle contribution peut donner la recherche électro-encéphalographique à l'étude des activités psychiques ? (Fr.-A. GEMELLI et L. ANCONA), 616.
- **Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent.** Evolution normale. Pathologie, Traitement (Manuel d'étude) (E. PICHON), 127.
- et isoniazide (M. POROT), 461.
- **fruste.** *v. Syndromes psychiques frustes.*
- **intermédiaire.** A propos d'un domaine psychique intermédiaire (A. KIELHOLZ), 398.
- Psychobiologie des masses** (Contribution à la) (D. KOURETAS), 274.
- Psychochirurgie** (Considérations et contributions au problème de la) (S. PELLICANO), 437.
- (La) dans ses aspects scientifico-pratique, moral et juridique (T. SENISE), 288.
- et criminalité (A. PUCA), 299.
- **Examen psychologique de 21 malades, un an après intervention psychochirurgicale.** Etude critique des résultats (M. DAVID, Mlle L. MOOR et J. RUDRAUF), 249.
- (Les indications de la) (R. VERSPREEUWEN), 104.
- (La) dans les instituts psychiatriques italiens (A.-M. FIAMBERTI), 437.
- (Récentes recherches sur le test du labyrinthe de Porteus et la) (S.-D. PORTEUS), 437.
- **Le scrupule psycho-chirurgical** (Ch. ROUVROY), 383.
- (Résultats d'une enquête sur 78 interventions de) avec un recul opératoire d'un an (M. DAVID, J. SAUGUET, H. HÉCAEN et J. TALAIRACH), 437.
- (Séance consacrée à la discussion des communications relatives à la), 27 février 1954, 383.
- **La tentation psychochirurgicale** (J. LEY), 102.
- *v. Injections intracérébrales.*
- **cingulectomie.** Sur la chirurgie préfrontale sélective et en particulier sur la cingulectomie (J. LE BEAU et J. GACHES), 778.
- **leucotomie.** Un cas d'anorexie mentale traitée avec succès par la leucotomie (P.-E. SIFNEOS), 440.
- **Comportement sexuel chez les schizophrènes après lobotomie ou leucotomie préfrontale** (V. CASTELLETTI), 135.
- **Effets thérapeutiques des lobotomies** (L'opération de la leucotomie et l'activité créatrice en peinture) (E. CUNNINGHAM DAX), 289.
- **Névrose obsessionnelle évoluant depuis 1919.** Résultat de la leucotomie pratiquée en 1950 (B. FREY), 733.
- **La physiopathologie du lobe orbitaire dans son rapport avec la leucotomie** (Sp. VIZZOTTO et A. DE MATOS PIMENTA), 289.
- (Remarques à propos de la) (L. MASSION-VERNIOR et E. DUMONT), 104.
- **Résultats de la leucotomie sous-corticale dorsale des pôles frontaux dans un cas de myoclonie-épilepsie avec clonies rythmées continues des membres supérieurs** (J. LE BEAU, S. DAUM et J.-F. FONCIN), 591.
- en U.R.S.S., 160.
- **bilatérale.** Résultats éloignés de cinquante cas (P. VERSTRAETEN), 382.
- **frontale** (Quelques remarques au sujet de la technique de la) (G.-R. HOFFMAN et A. DE HAENE), 105.
- **préfrontale** (La méthode transorbitaire de la) (A.-M. FIAMBERTI), 290.
- **transorbitaire** (M. LA LOGGIA), 439.

- — — — (Recherches radiographiques en rapport avec la) (A.-M. FIAMBERTI), 289.
- — — — (M.-T. MOORE), 290.
- — — — Position de la leucotomie transorbitaire en psychochirurgie (A.-M. FIAMBERTI), 439.
- — — — unilatérales (E. DE GREEFF), 103.
- — — — lobotomie. A propos du procès-verbal de la séance du 21 décembre 1953 et de la discussion qui suivit la communication sur « la nécessité de l'interdiction légale de la lobotomie » (H. BARUK), 348.
- — — — Comportement sexuel chez les schizophrènes après lobotomie ou leucotomie préfrontale (V. CASTELLETI), 135.
- — — — Corrélation des résultats de la lobotomie d'après les types réactionnels de base (O. JOHNSON et R. EHRENBERG), 438.
- — — — et délire de filiation (J. LABOUCARIE et P. BARRÈS), 577.
- — — — Effets thérapeutiques des lobotomies (L'opération de la leucotomie et l'activité créatrice en peinture) (E. CUNNINGHAM DAX), 289.
- — — — Etude portant sur les investigations de neuf années de lobotomie (M. GREENBLATT et H.-C. SOLOMON), 439.
- — — — Lésions neuropathologiques post-lobotomiques (N. RASKIN, G. STRASSMAN et C.-C. VAN WINKIE), 759.
- — — — Sur la nécessité de l'interdiction légale de la lobotomie (H. BARUK), 60.
- — — — Résultats thérapeutiques différés et résultats entretenus après lobotomie (J. LABOUCARIE, P. BARRÈS et Mlle J. ANDRÉ), 574.
- — — — préfrontale et épilepsie (C. FEUILLET, J. COLLIN, M. et R. THIÉBAUX), 289.
- — — — transorbitaire. Le problème de l'épaisseur de la voûte orbitaire (W. FRIEMAN), 438.
- — — — topectomie. Action de la psychothérapie après topectomie chez des malades atteints de schizophrénie pseudo-névrotique (J.-P. CATTELL), 440.
- Psychologie. L'année psychologique (A. FESSARD et P. FRAISSE), 390.
- — — — animale (La) dans la psychologie générale (G. ZUNINI), 612.
- — — — clinique (La méthode expérimentale en) (O.-L. ZANGWILL, S. CROWN, D. RUSSEL-DAVIS et K.-R.-L. HALL), 273.
- — — — générale (La psychologie animale dans la) (G. ZUNINI), 612.
- — — — profonde. Cercle viennois d'études, 445.
- Psychologie (La collaboration du) et du psychiatre dans l'hygiène mentale industrielle (R.-K. JECH), 621.
- Psychomimétique et délire paranoïde. Les deux extrêmes de la mythomanie (B. SCHMITT), 136.
- Psychomotricité (La) et ses attributs essentiels (L. CANESTRELLI), 617.
- Psychoneurologie. v. *Gestaltpsychologie*.
- Psychopathe sexuel (Critique du terme) employé couramment (K.-M. BOWAN et M. ROSE), 298.
- Psychopathies organiques (La subnarcose barbiturique dans l'identification des) (R. CRISTINI), 772.
- Psychopathologie (Etude de l'initiative psychomotrice et de la mise en train volontaire chez le sujet normal et en) (H. BARUK, LIFSCHITZ et Mlle R. MELZER), 151.
- — — — et fonctionnalité réticulo-endothéliale (D. ANGRISANI), 764.
- — — — v. *Cuir chevelu*.
- Psychopédagogie. Le médecin d'hygiène scolaire et l'équipe médico-sociale et psychopédagogique à l'école (J. DE-MAUCHE), 622.
- Psychose (Un cas de) par streptomycine (G. LEGGERI), 260.
- — — — cardiaque (C.-I. URECHIA, E. FACON et IANCU), 402.
- — — — cortisonique (J. RONDEPIERRE), 374.
- — — — délirante systématique à base d'interprétation chez une fille de 14 ans (G. HEUYER, S. LEBOVICI, H. AZIMA et H. FAURE), 82.
- — — — post-émotionnelle (N. ROJAS), 398.
- — — — puerpérale guérie après 16 mois d'évolution par une thérapeutique endocrinienne, après échec de thérapeutique de chocs (P. PAGÈS, J. COLLE DE CARRERA, R. LAFON et B. BILLET), 775.
- — — — et asystolie (J. ALLIEZ, M. AUDIER et G. RUF), 88.
- — — — chez l'enfant (L.-N.-J. KAMP), 129.
- — — — survenant durant l'électrochothérapie : leur relation avec la théorie des traitements de choc (E.-A. WEINSTEIN, L. LINN et R.-L. KAHN), 428.
- — — — (Traitement des) de la sénilité par l'acide nicotinique (I. GREGORY), 422.
- — — — épileptiques (Contribution à la thérapeutique des) par le « blocage végétatif » (méthode Balsi) (A. JARIA), 424.
- — — — expérimentales (P.-H. HOCH), 136.
- — — — induites (Folie à deux, contribution au problème des) (L.-M. WOLTRING), 257.
- — — — mercurielles schizophréniformes (Contribution à l'étude des). Schizophrénie et intoxication mercurielle (A. BADER), 135.
- — — — préséniles (Premiers résultats thérapeutiques obtenus avec le sérum cytotoxique antiréticulaire dans la

- schizophrénie et dans les) (P. DOGLIANI et L. CAMPI), 295.
- Psychosomatique** (Epreuve de la réaction) à l'ischémie (BARAHONA-FERNANDEZ), 244.
- Les facteurs de localisation dans les processus psychosomatiques de l'enfance (L. MICHAUX et A. JUREDIEU), 130.
 - (Hibernothérapie et cure de sommeil en thérapeutique psychiatrique et) (J. DELAY, P. DENIKER et Y. TARDIEU), 157.
 - du rire et des pleurs (H. SUTERMEISTER), 609.
- Psychotechnie** (Disposition de la mentalité mondiale pour les applications sociales de la) (J. MALLART), 274.
- Psychothérapie** (Action de la) après topectomie chez des malades atteints de schizophrénie pseudo-névrotique (J.-P. CATTELL), 440.
- (L'analyse existentielle en) (R. KUHN), 412.
 - (Le dessin des images intérieures en) (J. VINCHON), 287.
 - (Une expérience de) de groupe chez des alcooliques internés (J. OULÈS, Mlle D. SAUCET et P. LABORDE), 72.
 - contre la volonté du malade (R.-P. ODENWALD), 771.
 - (La) dans la pratique générale (E. WEISS), 770.
 - existentialiste (Réflexions sur la) (A.-V. NAGERA), 771.
 - infantile (Le jeu de guignol, technique de) (M. RAMBERT), 750.
- Puberté**. Sur la fréquence et la signification des retards pubertaires familiaux (J. DECOURT et J.-M. DOUMIC), 419.
- (Psychopathologie de la) et de l'adolescence (J. ROUART), 601.
 - (Les troubles caractériels de la) (A. ASSAILLY), 748.
 - v. *Maladie de Basedow prépubertaire*.
- Pulsations cardiaques**. v. *Convulsinothérapie par électrochoc*.
- Q**
- 4560 R.P. v. *Chlorpromazine*.
- R**
- Rachis** (Elongation et manipulations vertébrales dans les affections douloureuses du) (Ch. ROCHER), 443.
- v. *Coccigodynie essentielle*.
 - v. *Hernie discale*.
 - v. *Système veineux rachidien*.
 - v. *Traction vertébrale*.
- Radiothérapie**. v. *Cerveau (Radionécrose)*.
- Rage**. v. *Vaccination antirabique*.
- Ramsay Hunt**. v. *Cervelet*.
- Rayons Röntgen**. v. *Cerveau*.
- Réaction de Jarisch-Herxheimer** dans la neurosyphilis (R. JÉRI, G. CACÈRES et J.-A. STELLA), 149.
- de Mendelief simplifiée (Note préliminaire sur l'application d'une) au diagnostic des tumeurs intracrâniennes (R. JERME et M.-A. GEREBTZOFF), 154.
 - d'éveil (Etude de la) provoquée par l'infiltration péricarotidienne de novocaïne (P. PASSOUANT et J. MINVIELLE), 594.
 - du V.D.R.L. et des techniques de Suchet (Conclusions tirées de l'emploi des réactions classiques pour le diagnostic de la syphilis dans le sang et les liquides céphalo-rachidiens normaux chez le Noir africain. Etude de la) (L. LAPEYSSONIE), 416.
 - réflexes aux prises de sang (Nouvelles considérations concernant les effets thérapeutiques de l'épuisement des) (M. BACHET et P. MARCHAIS), 694.
- Réalité** (A propos des types de contact avec la) et des degrés du réel (Y. PORCHER, E. TRILLAT et A. LALISSE), 550.
- Récidivistes** (Le traitement des) en France (Ch. GERMAIN), 252.
- Redressement brusqué**. v. *Test du redressement brusqué*.
- Réel** (A propos des types de contact avec la réalité et des degrés du) (Y. PORCHER, E. TRILLAT et A. LALISSE), 550.
- Réflexe conditionnel salivaire** (Etude à l'aide du) chez le chien, de dysfonctionnements nerveux supérieurs consécutifs à des agressions diverses : aspects techniques et physiologiques (J. MALMÉJAC et P. PLANE), 279.
- cornéen (Sur les voies de conduction du). A propos d'un cas de syndrome de Wallenberg (D. MAHOUEAU, S. DAUM, J. DUBRISAY et P. BRÉGEAT), 381.
 - d'orientation (Comportements posturaux et cinétiques provoqués par stimulation sous-corticale chez le chat non anesthésié. Leur relation avec le) (H. GASTAUT, V. VIGOUROUX et R. NAQUET), 153.
 - psycho-galvanique. v. *Polygraphie*.
 - salivaire conditionnel (Influence de l'anoxie et de l'ischémie sur les fonctions nerveuses supérieures. Etude expérimentale, chez le chien, à l'aide du) (J. MALMÉJAC, P. PLANE et E. BOGAERT), 762.
 - cardio-aortiques et sinu-carotidiens (G. PLUCHINO), 151.
 - sinu-carotidiens et cardio-aortiques (G. PLUCHINO), 151.

- Réflexothérapie intra-dermique** (Résultats d'une) chez des malades dirigés vers un service de psychiatrie (M. BACHET et P. MARCHAIS), 232.
- Reilly. v. Phénomènes de Reilly.**
- Relations familiales. v. Enfant.**
- Relaxation**, angoisse, tension (E.-E. KRAPP), 126.
- (Les thérapeutiques de) en médecine psychosomatique (J. DE AJURIAGUERRA et J. GARCIA BADARACCO), 772.
- Relégués dits « asociaux »** (L'expérience d'un essai de reclassement des) (P. GISCARD), 300.
- Représentation verbale** (A propos du principe de la). Réfutation de l'argumentation de Weinschenk (K. CONRAD), 263.
- Retardés. v. Mentale (Arriération).**
- Retards pubertaires. v. Puberté.**
- Rétine (Circulation).** Circulation cérébrale et rétinienne (P. BAILLIART, F. JOURDAN et J. HEYRAUD), 146.
- Réussite, échec et tâche.** Théorie de la conduite humaine (J. NUTTIN), 249.
- Rêve** (Contribution à l'étude du) (P. HABERLIN), 412.
- (Les) de trouver de l'argent (M. GRIFFITH), 145.
- Rhinencéphale.** Hallucinations olfactives et pathologie rhinencéphalique (J. ALLIEZ), 261.
- Rire** (Psychosomatique du) et des pleurs (H. SUTERMEISTER), 609.
- Rorschach. v. Test de Rorschach.**
- Rythme rolandique. v. Electro-encéphalographie.**
- (L'origine, le contenu et la forme des poèmes de) (F. MEERWEIN), 134.
- (Rapport sur le traitement électroconvulsif de 102) malades depuis longtemps (A. FERGUS), 430.
- (La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des) (E. MINKOWSKI), 387.
- Schizophrénie.** Le bromure d'acétylcholine intraveineux dans les formes schizophréniques (G. MÉNEGHEL), 775.
- Diagnostic (G. LANGFELDT), 133.
- (Etude d'une) soignée par la méthode des électrochocs et des comas (Mme M. CAVÉ), 76.
- (Nouvelle étude d'un cas de) traité par les électrochocs et les comas (Mme M. CAVÉ), 362.
- (Nouvelle étude sur le cholestérol sanguin dans la) (G. NADEAU et G.-H. LARUE), 763.
- (Des facteurs constitutionnels dans le pronostic de la) (N.-S. KLINE et A. OPPENHEIM), 397.
- Guérison par lobectomie pulmonaire d'un syndrome schizophrénique évoluant parallèlement à la bacillose (M. HACQUART, J. HENRY et M. BEIS), 99.
- et intoxication mercurielle. Contribution à l'étude des psychoses mercurielles schizophréniques (A. BADER), 135.
- Psychopathologies des schizoïdes et des schizophrènes (E. MINKOWSKI), 387.
- (Psychopathologie de la) et de la dépression. Effets de l'amytal et du sulfate d'amphétamine sur le niveau et la durée de l'attention (P.-E. HUSTON et R. SENF), 396.
- (Premiers résultats thérapeutiques obtenus avec le sérum cytotoxique antiréticulaire dans la) et dans les psychoses préséniles (P. DOGLIANI et L. CAMPI), 295.
- (Subdivision clinique du groupe) (G. LANGFELDT), 133.
- (Les tests d'abstraction, avec référence spéciale à leur atteinte dans la) (K.-R.-L. HALL), 397.
- (Le traitement des cas limites de) (D.-B. DOUGLAS JR.), 424.
- *v. Délires schizophréniques.*
- *v. Dépression.*
- de l'adolescence. Deux cas (S. LEOVICI, Y. ROUMAJON, G. MORIN et Mlle BOURREAU), 195.
- infantile (Contribution au diagnostic différentiel entre l'arriération mentale et la). Eléments apportés par l'évolution de l'enfant au sein de la classe de perfectionnement (R. FAU, B. ANDREY et LE MÈME), 744.
- Deux cas (S. LEOVICI, P. PAUMEL-

- LE, LALOUM et Mlle D. KALMANSON), 491.
- latente (La psychologie de la) (L. ZUCKER), 396.
 - prépubérale (Sur la). Contribution clinique (G.-B. GIORDANO), 752.
 - pseudo-névrotique (Action de la psychothérapie après topectomie chez des malades atteints de) (J.-P. CATTELL), 440.
 - juvéniles (Une hypothèse sur le mode d'action des électrochocs et des comas dans les) (Mme M. CAVÉ), 745.
- Sciatiques** (Epreuve au crésolydiol des lombalgies et des) (J. BOISSIER), 426.
- Sclérose en plaques** (La gaine myélinique en dégénérescence expérimentale et dans la). Recherches histochimiques (A. GEREBTZOFF), 386.
- chez l'enfant (M. BONDUELLE, P. BOUYGUES et C. SALLOU), 755.
 - chez l'enfant. A propos d'une observation (M. BONDUELLE, P. BOUYGUES et C. SALLOU), 592.
 - avec onirisme et délire hallucinatoire consécutif (J. ALLIEZ, J. ROGER et R. PUJOL), 744.
- Secrét médical** (A propos du) dans les hôpitaux psychiatriques et du respect de la nature confidentielle de la correspondance des médecins chefs de service (M. LECONTE), 580.
- Sécurité** (Insécurité dans la recherche de la) (B. KARPMAN), 398.
- sociale et alcool (S. TARA), 622.
- Sédatifs**. v. *Emotions*.
- Sélye (H.)**. v. *Syndrome général d'adaptation de H. Sélye*.
- Semi-hibernation**. v. *Hibernation (Semi-)*.
- Sénescence** (Considérations préliminaires à l'étude de la) : manifestations et formes cliniques (M. RENAUD), 152.
- Sénilité** (Traitement des psychoses de la) par l'acide nicotinique (J. GRÉGORRY), 422.
- v. *Climacterium*.
 - précoce des alcooliques (A. LAMACHE, DAVOST, CHUBÈRE et DELALANDE), 259.
- Sérum cytotoxique antiréticulaire** (Premiers résultats thérapeutiques obtenus avec le) dans la schizophrénie et dans les psychoses préséniles (P. DOGLIANI et L. CAMPI), 295.
- antiréticuloendothélial (Thérapeutique tissulaire et thérapeutique avec le) en psychiatrie (G. SOGLIANI), 777.
 - de Bogomoletz (Br. BIZZI), 777.
- Sexe**. Un cas d'ambiguïté sexuelle (J. CHEYMOL, JAMAIN, R. HENRY et LEGRAS), 155.
- (Influence de l'âge et du) sur le psychogramme de Rorschach (C. RIZZO), 608.
 - (Les intérêts vocationnels et les différences dues au) (A. DEL POZO), 271.
- Sexualité**. Etude sur l'importance du facteur sexuel dans le premier développement (M. SCHACHTER et S. COTTE), 155.
- Signe de Gaucher**. L'écartement des incisives médianes et le problème de la latéralisation (J. DUBLINEAU), 595.
- Sinistrose et oxycarbonisme chronique** professionnel (G. JULLIEN), 242.
- Sismothérapie**. v. *Convulsivothérapie*.
- Situation gémellaire**. v. *Gémeilité*.
- Sociale** (Défense) (Troisième congrès international de), 302.
- (—) Troisième congrès international de défense sociale (Anvers, 19-25 avril 1954), 782.
 - (—) (A propos de la révision de la loi) (J. BOBON), 300.
 - (Vie). La maturation de l'enfant à la vie sociale (G. LORENZINI), 751.
- Sociologie** (Quelques aspects de la vérification quantitative en) (E. DAHLSTRÖM), 274.
- Soins maternels** (La privation de) (IGERT), 750.
- Sommeil**. Etude électro-physiologique d'un cas d'anévrysme de la cérébrale antérieure. Retentissement cyclique sur le sommeil et le rythme cardiaque (S. THIRY et M.-A. GEREBTZOFF), 138.
- Hibernothérapie et cure de sommeil en thérapeutique psychiatrique et psychosomatique (J. DELAY, P. DENIKER et Y. TARDIEU), 157.
 - (Paralysie du) (J.-M. SCHNECK), 413.
 - v. *Hypersomnie*.
 - prolongé (La thérapeutique par le) (J. TORRES NORRBY), 432.
 - (Thérapeutique par le), technique et premiers résultats (P. ROYER, M. BEIS et M. BURNER), 732.
- Souches vaccinales** (Contribution à l'étude du pouvoir encéphalitogène latent des) (P. NÉLIS, A. LAFONTAINE, H. MASSA, S. CLEEMPOEL et F. COMER), 280.
- Sourd-muet** (Etude quantitative du cerveau d'un) (V.-W.-D. SCHENK), 762.
- Spasme facial épileptique** (Formes inhabituelles de l'épilepsie : le) (H. GASTAUT et J. ROGER), 590.
- Spontanéité** (...le mouvement spontané que voici) (E. MINKOWSKI), 411.
- Sport** (Psychologie du jeu et du) (A. LEY), 609.
- Steinert**. v. *Maladie de Steinert*.
- Stéroides** (Les) du cortex surrénal en psychiatrie (A. CRUZ FERREIRA), 765.
- urinaires. v. *Convulsivothérapie par choc insulinaire*.
- Stimulants**. v. *Emotions*.
- Strasbourg**. v. *Alcooliques*.
- Streptomycine**. v. *Cérébropathies*.
- v. *Encéphalopathies*.
 - v. *Méningites tuberculeuses*.

- v. *Psychose*.
- Strindberg et Van Gogh, Hoelderlin, Swedenborg (K. JASPERS), 122.
- Structures encéphaliques profondes. v. *Cerveau (Encéphale)*.
- Subjectif-objectif (L'examen psychiatrique et la dualité) (J. WYRSCH), 402.
- Subjectivité et empirisme (G. DELEUZE), 392.
- Sublimations de l'art (Symptômes psychopathologiques dans les). « Les Fleurs du Mal », de Charles Baudelaire (A. NICEFORO), 403.
- Subluxations sous-occipitales. v. *Crâne (Traumatismes)*.
- Suchet. v. *Techniques de Suchet*.
- Suicide (A propos d'une intoxication massive par le 3277 R.P. au cours d'une tentative de) (J. HAMON, J. PARRAIRE, ALBERTINI et R. ROPERT), 74.
- (Enquête sur les tentatives de) (E. STENGEL), 286.
- (Sur la question de la prophylaxie du) par l'éducation (G. DORRALIES), 286.
- (Le) dans ses rapports avec la saison, l'heure du jour et le jour de la semaine (R. GRAF), 286.
- Suisse. La narcoanalyse devant le Grand Conseil de Zurich, 783.
- Le placement administratif des buveurs à Bâle (J. IM OBERSTEG), 770.
- Sulfate d'amphétamine. v. *Attention*.
- Surdités dites « nerveuses » (Dissociation des) par l'étude audiométrique (P. HENNEBERT), 411.
- Surrénales (Cortex). Histamine et cortico-surrénale (G. VALETTE et H. HUDOBRO), 282.
- (—) Les stéroïdes du cortex surrénal en psychiatrie (A. CRUZ FERREIRA), 765.
- (—) Tumeur cortico-surrénale chez un garçon de 14 ans avec hyperfolliculinisme (R. PICARD, J. HOREAU, J.-P. KENNIS, M. HARDY, U. GUINOT et J. RANGE), 156.
- (—) v. *Hypercorticisme œstrogénique*.
- (—) v. *Macrogénitosomie précoce*.
- Swedenborg, Hoelderlin, Strindberg et Van Gogh (K. JASPERS), 122.
- Sydenham. v. *Chorée de Sydenham*.
- Sympathectomie pré-ganglionnaire. v. *Moignons douloureux*.
- Syncinésie-sursaut (Sur une) déclenchée par le bruit (Th. ALAJOUANINE et J. SCHERRER), 404.
- Syndrome alcoolique. v. *Alcoolisme*.
- algo-paralytique (Troubles nerveux et acétate de désoxycorticostérone. Curieux) au cours d'une maladie d'Addison (D. DENÉCHAU), 283.
- de Babinski-Frœlich avec anémie grave. De l'obésité gynoïde à l'obésité androïde (L. LANGERON), 420.
- de Garcin (Deux cas de) par anévrysmes carotidiens intracaverneux (M. RISER, G. LAZORTHES, J. GÉRAUD et H. ANDUZE), 239.
- de Melkersson-Rosenthal (J. MAGE et J. PIÉARD), 410.
- de Morgagni-Morel chez une arriérée hypothyroïdienne (M. AUDIER, P. MOUREN et AMALRIC), 421.
- (—) (Nouveau) avec diabète sucré (P. BOULET, H. SERRE, A. VEDEL, J. MIROUZE et H. BONNET), 766.
- de Plummer-Vinson avec polynévrite des membres inférieurs (A. CHARLIN), 240.
- de Wallenberg (A propos d'un cas de). Sur les voies de conduction du réflexe cornéen (D. MAHOUDEAU, S. DAUM, J. DUBRISAY et P. BRÉGEAT), 381.
- dysthymique tenace. Guérison immédiate après ventriculographie (M. HACQUARD, J. MERCIER et A. HARTEMANN), 734.
- général d'adaptation et thérapeutique de choc dans les maladies mentales (R. BELSANTI), 429.
- (—) de H. Selye et phénomènes de Reilly (Ph. DECOURT), 277.
- (—) — Le postulat du « syndrome général d'adaptation », son irréalité. Exposé et réfutation de la thèse de H. Selye (Ph. DECOURT), 278.
- mélancolique. v. *Mélancolie*.
- myalgique. v. *Myalgie*.
- myasthénique. v. *Myasthénie*.
- schizophrénique. v. *Schizophrénie (Syndrome de)*.
- vasculaire bulbo-protubérantielle. Aspect anatomo-clinique (J. BRIHAYE, R. HASAERTS et R.-A. LEY), 385.
- délirants. v. *Délire*.
- en foyer de l'artère cérébrale antérieure. v. *Cerveau (Artère antérieure)*.
- psychiques frustes ou mineurs par imprégnation bacillaire (G. AYMÈS), 132.
- Synthèse existentielle (Analyse psychique et) (L.-A. CARUSO), 604.
- Syphilis (Conclusions tirées de l'emploi des réactions classiques pour le diagnostic de la) dans le sang et les liquides céphalo-rachidiens normaux chez le Noir africain. Etude de la réaction du V.D.R.L. et des techniques de Suchet (L. LAPEYSSONIE), 416.
- (Les méthodes actuelles de diagnostic biologique de la) en médecine légale et en médecine sociale (P. L'ÉPÉE, R. PAUTRIZEL et LAZARINI), 449.
- (Le test de Nelson. Son intérêt pour le diagnostic de la) chez des sujets

- non traités (A. SAUSSE, V. ROIRON, L.-J. BOREL et J. MARIEN), 416.
- congénitale avec dystrophies diverses et encéphalopathie remontant à l'enfance (J. MARGAROT, P. RIMBAUD, P. IZARN et C. COMBIER), 401.
 - juvénile irréductible. Apparition de tabès et d'ostéites au cours des traitements (J. WEILL), 756.
 - méningo-radulaire « réactivée » par la pénicilline (M. RISER, L. GLEIZES, L. RIBAUT et A. RISER), 408.
 - nerveuse (Importance diagnostique du test de Nelson. Sa négativité permet d'abandonner un diagnostic de) (G. BOUDIN et G. BLANCHER), 416.
 - (Neuro-). Réaction de Jarisch-Herxheimer dans la neurosyphilis (R. JÉRL, G. CACÈRES et J.-A. STELLA), 149.
- Syphilitiques** (Sur la séméiologie et l'évolution d'anévrismes intracrâniens chez les) (Ch.-J. KETELAER), 138.
- Syringomyélie** (Etudes sur la). VI. Essai nosologique sur la syringomyélie. A propos de deux syndromes spastiques des membres inférieurs avec troubles sensitifs d'un type dissocié (M.-J. ANDRÉ), 140.
- Système nerveux et granulome malin de Hodgkin** (contribution clinique) (E. AZZI), 142.
- (La plasticité du), son essence, son histoire et son utilisation en clinique (W. RIESE), 278.
 - v. *Lipoidoses cholestériques*.
 - central (Lésions du) dans les intoxications chroniques expérimentales par l'acide cyanhydrique gazeux (P. VALADE), 276.
 - (Les lésions du) dans l'intoxication par le phosphate-tri-cristallique (G. GUILLAIN, I. BERTRAND et Mme J. GODET-GUILLAIN), 614.
 - (La radiologie dans la tuberculose du) (E.-D. ROCCA et Fr. ALAYS ESCARDO), 407.
 - sympathique. Chirurgie du sympathique dans les affections vasculaires du cerveau (A. RODRIGUEZ-ARIAS et Z. ESTAPE), 442.
 - (Sur l'excitabilité du). Influence de quelques drogues à ammonium quaternaire (J.-J. POCIDALO, J. HIMPET et C. TARDIEU), 151.
 - végétatif (Réactions anaphylactiques du) (Mme B. CHAUCHARD et P. CHAUCHARD), 617.
 - réticuloendothélial et électrochoc chez des schizophrènes (D. ANGRISANI), 618.
 - Psychopathologie et fonctionnalité réticuloendothéliale (D. ANGRISANI), 764.
 - veineux crânien et rachidien (Opacification des) par voie osseuse (H. FISCHGOLD, J.-C. CLÉMENT, J. TALAIRACH et J. ESCOFFIER), 276.
 - rachidien et crânien (Opacification des) par voie osseuse (H. FISCHGOLD, J.-C. CLÉMENT, J. TALAIRACH et J. ESCOFFIER), 276.
- Szondi. v. *Test de Szondi*.
- T
- Tabès**. v. *Pseudo-tabès hypophysaire d'Oppenheim*.
- v. *Syphilis juvénile*.
- Tabo-paralysie générale infantile** avec troubles du métabolisme phosphocalcique. Amélioration franche par le traitement (A. AIMÈS, R. LAFON, J.-L. FAURE et J. MINVIELLE), 756.
- Tâche**, réussite et échec. Théorie de la conduite humaine (J. NUTTIN), 249.
- Tay-Sachs**. v. *Idiotie amaurotique de Tay-Sachs*.
- Technique de Love** dans la résection des hernies du nucleus pulposus (Fr. ALAYZA ESCARDO et E. MONTAGUDO), 442.
- de Suchet (Conclusions tirées de l'emploi des réactions classiques pour le diagnostic de la syphilis dans le sang et les liquides céphalo-rachidiens normaux chez le Noir africain. Etude de la réaction du V.D.R.L. et des) (L. LAPEYSSONIE), 416.
 - projectives (Quelques problèmes de validation des) (M.-D. AMSWORTH), 273).
- Temps de latence** (Répartition du) dans le test de Rorschach en fonction des composantes typologiques (J. DUBLINÉAU et Mme SOBOUL), 540.
- résiduel (Répartition du) dans le test de Rorschach en fonction des composantes typologiques (J. DUBLINÉAU, Mme SOBOUL et Mme KÆCHLIN), 543.
- Tension**, angoisse, relaxation (E.-E. KRAFF), 126.
- Tentation psycho-chirurgicale**. v. *Psychochirurgie*.
- Terramycine**. v. *Névrite aiguë*.
- Testicules**. v. *Myopathie myotonique*.
- Test**. v. *Thématique Apperception Test*.
- de la construction d'un monde comme technique projective (M. SIGUAN), 757.
 - de la grappe de raisin. v. *Test de Lampester*.
 - de Lampester. Le test de la grappe de raisin sur des groupes homogènes de sujets normaux (I. SANGUINETTI et R. SIGURTA), 271.
 - de Nelson (Importance diagnostique du). Sa négativité permet d'aban-

- donner un diagnostic de syphilis nerveuse (G. BOUDIN et G. BLANCHER), 416.
- Son intérêt pour le diagnostic de la syphilis chez des sujets non traités (A. SAUSSE, V. ROIRON, L.-J. BOREL et J. MARIEN), 416.
- (Première série de 36) (Cl. GERNEZ, C. HURIEZ et BAEIDEN), 417.
- (Réflexions sur le) (R. RABUT), 417.
- de personnages (R. STORA), 750.
- de Rorschach (Un centenaire étudié au moyen du) (C. Rizzo), 255.
- Contribution à l'étude du psychodiagnostic de Rorschach chez des jumeaux (M. SCHACHTER), 273.
- (La crise mélancolique vue à travers le) (G. DE BAUDOIN), 672.
- (Le) chez les délinquants sexuels (A. ZOLLIKER), 297.
- (La différenciation psychologique des lésions cérébrales organiques et leur localisation au moyen du) (H. DÖRKEN et V.-A. KRAL), 399.
- chez 111 enfants d'âge scolaire (Sur la signification des interprétations de blanc dans le) (A. Bassi), 746.
- et examen électro-encéphalographique chez l'enfant dans des cas limités d'épilepsie (Z. HELMAN), 745.
- (L'homme « normal » vu à travers le) (M. LOOSLI-USTERI), 607.
- Influence de l'âge et du sexe sur le psychogramme de Rorschach (C. Rizzo), 608.
- en médecine légale (A. LÉONET), 779.
- Méthodes et techniques d'auto-contrôle du psycho-diagnostic de Rorschach (Recherches et contributions personnelles) (M. SCHACHTER), 756.
- Note sur un « symptôme » rorschachien nouveau trahissant l'existence de troubles caractériels (agressivité, turbulence, méchanceté) chez l'enfant d'âge scolaire (M. SCHACHTER), 747.
- (La personnalité épileptique vue à travers le) (C. BEIZMANN), 305.
- (Psychodiagnostic) et énurésie (M. SCHACHTER et Mlle S. COTTE), 746.
- (Répartition du temps de latence dans le) en fonction des composantes typologiques (J. DUBLINEAU et Mme SOBOL), 540.
- (Répartition du temps résiduel dans le) en fonction des composantes typologiques (J. DUBLINEAU, Mme SOBOL et Mme KECHELIN), 543.
- (Signification psychologique profonde des tendances aperceptives dans le) (D. KADINSKY), 608.
- de Szondi (A propos du). Epreuve de validation, diagnostic aveugle et problème nosologique (U. MOSER), 625.
- Etude du Szondi-test au cours de différents traitements psychiatriques (Mme S. BUFFARD et J.-M. ANGEL), 655.
- de Thorn (Le) chez les alcooliques chroniques avant et après cure de désintoxication (P. ROYER, M. BEIS, Mlle N. VERNET et M. BURNER), 99.
- du labyrinthe de Porteus (Récentes recherches sur le) et la psychochirurgie (S.-D. PORTEUS), 437.
- du « redressement brusqué » et comportement psycho-neuro-musculaire de l'enfant (G. MOURQUAND), 742.
- projectifs d'intérêts vocationnels (F. BEMELMANS), 752.
- (Sur l'organisation d'un service de) dans un hôpital psychiatrique (P. ROYER et SMITH), 769.
- d'abstraction (Les) avec référence spéciale à leur atteinte dans la schizophrénie (K.-R.-L. HALL), 397.
- Tétanie (La maladie de Fahr, calcifications intracérébrales non artérioscléreuses idiopathiques et ses rapports avec la) (J. CAMBIER), 421.
- Tétanos grave de l'enfant guéri après hibernation artificielle prolongée pendant sept jours (M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING, P. BARJON et R. MIMRAN), 436.
- « post-abortionum » mortel (Tentative d'hibernation artificielle dans un cas de) (M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING, P. BARJON et R. MIMRAN), 436.
- Thalamus. v. Cerveau (*Thalamus*).
- Thematic Apperception Test (Le) appliqué à des adolescentes névrotiques et normales (J.-St.-H. CARLILE), 751.
- Thérapeutique. Acquisitions récentes (P. SIVADON), 772.
- électrique transcérébrale avec courant alternatif à basse intensité (B. RIBOLI), 432.
- électro-convulsive après intervention chirurgicale consistant en une coarctation aortique par implantation d'une iso-greffe aortique (J.-V. MONKE), 431.
- endocrinienne. v. *Psychose puerpérale*.
- par le sommeil. v. *Sommeil*.
- tissulaire et thérapeutique avec le sérum cytotoxique antiréticuloendothélial en psychiatrie (G. SOGLIANT), 777.
- Thésaurismoses dites phosphatidiques au point de vue clinique, histopathologique et chimique (L. VAN BOGAERT et E. KLENK), 445.
- Thorn. v. *Test de Thorn*.
- Thrombose artérielle. v. *Hémiplégie*.

- de l'artère sylvienne. v. *Atrophie porencéphalique*.
- Thyroïde (Corps)**. Sur la triiodothyronine, produit intermédiaire de la transformation de la diiodothyronine en thyroxine et sur la présence dans le corps thyroïde (J. ROCHE, S. LIS-SITZKY et R. MICHEL), 156.
- Thyrotoxicose** après électrochothérapie (M.-A. BERCEL), 429.
- Thyroxine**. v. *Thyroïde (Corps)*.
- Tic d'aboiement** (G. HEUYER, Mlle J. TEYSSEYRE, J. PAUPE et Mlle Y. MARTINET), 200.
- Tpectomie**. v. *Psychochirurgie-tpectomie*.
- Topométrie encéphalique (La)** chez l'homme (Noyau rouge, centre médian, noyau amygdalien) (A. DELMAS et B. PERTUISET), 614.
- Torticollis spasmodique** (Un cas de) d'origine psychogène guéri par narcoanalyse (Cl. GROS et B. BILLET), 772.
- Toxicomanes** (La capacité civile des), aspect médical (R. VULLIEN et P. GUILBERT), 448.
- (Etude juridique de la capacité civile des) (J. SCHLEXER), 449.
- Toxicomanie (La)** en rapport avec le problème de l'adolescence (F. ZIMMERLING, J. TOOLAN, R. SAFRIN et B. WORTIS), 259.
- Toxicose** (Mesures humérales au cours d'une) (J. MARIE, J. SALET, H. BOISSIÈRE, C. DE MENIBUS et R. HAZARD), 620.
- de l'enfant (L'électro-encéphalographie au cours des). Confrontation clinique; électro-encéphalographique et anatomique (J. CHAPTAL, P. PAS-SOUANT, H. LATOUR, R. JEAN, R. LOUBATIÈRES, J. CADILHAC et Mlle Cl. BÉCHARD et D. ALRAM), 754.
- des jeunes enfants (Sur la déclaration éventuelle des) (J. CATHALA), 754.
- Toxoplasmose** (Un cas de) (Ch. BERNHARDT et J. BIRTUS), 100.
- Trachéotomie (La)** dans la poliomyélite antérieure aiguë (P. PONCET), 443.
- traitement héroïque au cours de certains états de mal épileptique (R. FONTAINE, A. DANY et L. SINGER), 98.
- Traction vertébrale** (J. LEVERNEUX), 292.
- Traitement** (De la mort due au) (W.-S. MACHAY), 427.
- Traumatisme** (Un cas de syndrome sujetif des blessés du crâne sans) (J. HAMEL, Th. DAMPT et M. WEISGERGER), 730.
- v. *Hémicanitie*.
- v. *Hémiplégie*.
- v. *Pseudo-paralysie générale*.
- craniens. v. *Crâne (Traumatismes)*.
- v. *Cerveau (Traumatismes)*.
- Tremblement** chez l'enfant (Significations principales du). Importance de sa recherche (A. BELEY), 753.
- Tronc basilaire**. v. *Artério-sclérose précoce*.
- Troubles caractériels**. v. *Méningite tuberculeuse*.
- v. *Puberté*.
- endocriniens. v. *Hypophyse*.
- extrapyramidaux. v. *Chlorpromazine*.
- intellectuels. v. *Enfant*.
- métaboliques. v. *Hypophyse*.
- paranoïaques. v. *Paranoïa*.
- psychiques. v. *Hypophyse*.
- trophiques. (De la nature des); importance vraisemblable de ces troubles dans la physiologie pathologique tissulaire (R. LERICHE), 764.
- Trihixéphenidyl**. v. *Crampe des écrivains*.
- Triiodothyronine**. v. *Thyroïde (Corps)*.
- Trypanosomiasse** (Traitement de la démente précoce par la) (P. GALLAIS), 424.
- Tuberculose rénale**. v. *Confusion*.
- Tumeurs gliales**. v. *Cerveau (Gliomes)*.
- hypophysaires. v. *Hypophyse*.
- intracranienues. v. *Cerveau (Tumeurs)*.
- Turbulence, agressivité, méchanceté** chez l'enfant d'âge scolaire. Note sur un « symptôme » rorschachien nouveau trahissant l'existence de troubles caractériels (M. SCHACHTER), 747.
- Typologie**. Evolution du taux du cholestérol chez les buveurs en cours de cure considérée en fonction des facteurs typologiques (J. DUBLINEAU, Mme SOBOUL et J. CALVET), 705.
- Répartition du cholestérol en fonction des facteurs typologiques (J. DUBLINEAU, J. CALVET et Mme SOBOUL), 704.
- Répartition du temps de latence dans le test de Rorschach en fonction des composantes typologiques (J. DUBLINEAU et Mme SOBOUL), 540.
- Répartition du temps résiduel dans le test de Rorschach en fonction des composantes typologiques (J. DUBLINEAU, Mme SOBOUL et Mme KÖCHLIN), 543.

U

Ulcère duodénal. Sa présence et son diagnostic chez les malades mentaux (B.-M. WEST et A.-O. HECKER), 402.

Ultrasons (Trois cas de névralgie faciale traités par les) (VERSICK et B. TRUCHOT), 294.

Univers infantile (La représentation de l') (A. DALLA VOLTA), 272.

V

Vaisseaux (Lésions). Le pronostic des lésions cérébro-vasculaires (V. LUMIA), 137.

Vaccination. v. *Myélite post-vaccinale*.

— **antirabique** (Sur une encéphalite sans paralysie, à évolution favorable débutant à l'issue d'une) (L. VAN BOGAERT), 266.

Vaccins. v. *Souches vaccinales*.

Van Bogaert (L.). Leucoencéphalite sclérosante subaiguë de Ludo van Bogaert (S. THIRY), 105.

Van Gogh et Strindberg, Hoelderlin, Swedenborg (K. JASPERS), 122.

Varicelle (Sur un aspect inédit des complications nerveuses de la). Les formes névralgiques (G. BOUDIN, J. NICK, F. CONTAMIN et J. LE BOURHIS), 269.

V.D.R.L. v. *Réaction du V.D.R.L.*

Vertébrothérapie. Elongation et manipulations vertébrales dans les affections douloureuses du rachis (Ch. ROCHER), 443.

— (Traction vertébrale) (J. LEVERNIEUX), 292.

Vertige, type Ménière (Deux cas de) guéris par implantations d'amnios (LIEUX, H. MASSON et MICHALLET), 294.

Vieillesse. v. *Longévité*.

Vie professionnelle (Sur l'insuffisante capacité d'adaptation à la) (Fr. BAUMGARTEN TRAMER), 611.

Virus poliomyélitique. v. *Poliomyélite*.

Vision (Récents progrès dans la physiologie de la) (H. HARTRIDGE), 278.

Vitalité (Scolies sur les états d'âme et la) (J.-J. LOPEZ IBOR), 610.

Vocation. Test projectif d'intérêts vocationnels (F. BEMELMANS), 752.

Voûte plantaire. Ses variations chez les enfants arriérés mentaux (J. DEPREUX et R. FONTAINE), 744.

W

Wallenberg. v. *Syndrome de Wallenberg*.

Weinschenk. v. *Représentation verbale*.

Werdnig-Hoffmann. v. *Amyotrophie de Werdnig-Hoffmann*.

Westphal-Strumpell. v. *Pseudo-sclérose de Westphal-Strumpell*.

Z

Zone motrice supplémentaire de Penfield (A propos d'une aphémie par atteinte de la), ou de l'évolution d'un anévrysme artérioveineux. Guérison de l'aphémie par ablation de la lésion (D. PETIT-DUTAILLIS, G. GUIOT, R. MESSIMY et Ch. BOURDILON), 593.

TABLE ALPHABETIQUE DES NOMS D'AUTEURS ⁽¹⁾

A

- ABÉLY (P.), BESSIÈRE (R.), MARTINOR (E.), JOLIVET (B.) et ROSOLATO. Délire à trois, 505.
- JOLIVET (B.), BAUDOUIN (G. de) et BLANC (Cl.). Les syndromes délirants de la ménopause en dehors des syndromes mélancoliques, 700.
- *Discussion*, 354, 373, 377, 527, 539.
- ABÉLY (X.) et MARCHAND (L.). Tumeur hypophysaire (confirmation anatomique), 487.
- *Discussion*, 492, 496, 559, 566, 589, 716.
- ABRAHAM (Mme E.). v. Butzbach (J.).
- ACHALLE (J.). v. Marchand.
- ADAM (Fr.). Dix minutes de méthodologie, 731.
- et HAAS (Mlle). Construction délirante dans le parc de l'établissement par un malade encore à classer, 731.
- ADLER (I.). v. Wilcox.
- AILNOVSKY (Mlle L.). v. Périn.
- AIMÈS (A.), LAFON (R.), FAURE (J.-L.) et MINVIELLE (J.). Tabo-paralyse générale infantile avec troubles du métabolisme phosphocalcique. Amélioration franche par le traitement, 756.
- AJURIAGUERRA (J. de). L'état actuel de la théorie de la Gestalt en psychoneurologie, 757.
- et GARCIA BADARACCO (J.). Les thérapeutiques de relaxation en médecine psychosomatique, 772.
- v. Heuyer.
- v. Hécœn.
- v. Lhermitte (J.).
- v. Talairach.
- ALAJOUANINE (Th.), LEMAIRE (A.) et BOURGUIGNES (A.). Sur un syndrome myasthénique et myalgique réalisant une pseudomyopathie à évolution périodique, 381.
- et NEHIL (J.). Troubles paralytiques de la statique laryngée et atrophie de la moitié inférieure de la face, séquelles particulières d'une poliomyélite cervicale, 593.
- NICK (J.), LEFEBVRE (J.) et SCHERRER (J.). Sur une encéphalomyélite amyotrophisante à poussées successives. Données cliniques, électro-encéphalographiques et électromyographiques, 408.
- SABOURAUD (C.) et RIBAU COURT (B. de). Le jargon des aphasiques. Désintégration anosognosique des valeurs sémantiques du langage. — I. Analyse des principaux aspects, 262.
- — — II. Observations commentées, 262.
- et SCHERRER (J.). — Sur une synkinésie-sursaut déclenchée par le bruit, 404.
- ALAYZA ESCARDO (Fr.) et MONTEAGUDO (E.). La technique de Love dans la résection des hernies du nucleus pulposus, 442.
- v. Rocca.
- ALBE - FESSARD (D.), LEFEBVRE (J.) et VERDEAUX (G. et J.). Présentation d'une nouvelle technique de polygraphie, 503.
- ALBERTINI. v. Hamon.
- ALBITRECCIA (Mme S.) et TOURNAY (A.). A propos du traitement des encéphalopathies infantiles, 241.
- ALLÈGRE (G.). v. Wertheimer.
- ALLIEZ (J.). Hallucinations olfactives et pathologie rhinencéphalique, 261.
- AUDIER (M.) et RUF (G.). Asystolie et psychoses, 88.
- BONNAL (J.), SERRATRICE (G.) et BADIÉ-BÉRARD (M.). Contractions médullaires au cours de la maladie de Kahler, 240.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société médico-psychologique.

- ROGER (J.) et PUJOL (R.). Sclérose en plaques avec onirisme et délire hallucinatoire consécutif, 741.
- et SAVY (A.). Manies symptomatiques et thérapeutiques récentes, 43.
- v. *Poursines* (Y.).
- ALRAM (Mlle D.). v. *Chaptal*.
- AMALRIC. v. *Audier*.
- AMBUZE-ACHER (H.). v. *Riser*.
- AMOROSC (H.). v. *Cossa*.
- AMSWORTH (M.-D.). Quelques problèmes de validation des techniques projectives, 273.
- ANCONA (L.). v. *Gemelli*.
- ANDRADE LIMA NETO (L.-I. de). Contribution à la thérapeutique psychiatrique moderne : la thérapeutique par l'anhydride carbonique, 423.
- ANDRÉ (M.-J.). Etudes sur la syringomyélie. VI. Essai nosologique sur la syringomyélie. (A propos de deux syndromes spastiques des membres inférieurs avec troubles sensitifs d'un type dissocié), 140.
- ANDRÉ (Mlle J.). v. *Laboucarie*.
- ANDRÉ-THOMAS et GRUNER (J.). Un encéphale aux formations axiales archaïques. Etude anatomo-clinique, 238.
- *Discussion*, 239.
- ANDREY (B.). v. *Fau* (R.).
- ANDUZE (H.). v. *Riser*.
- ANGEL (J.-M.). v. *Buffard* (Mme S.).
- ANGELERGUES (R.). v. *Hécaen*.
- ANGRISANI (D.). Electrochoc et système réticulo-endothélial chez les schizophrènes, 618.
- Psychopathologie et fonctionnalité réticulo-endothéliale, 764.
- ANTOINE (A.). v. *Boittelle* (G.).
- ANTONA (S. d'). Sur mes modalités variées d'accroissement des tumeurs gliales, 615.
- APPEL (L.) et BOGAERT (L. van). Etudes sur la paraplégie spasmodique familiale. La famille Tib... Formes très précoces de la paraplégie spasmodique familiale avec idiotie et oligophrénie dans les branches collatérales, 140.
- ARNÉ (L.). v. *Bergouignan*.
- ARNULF (G.). A propos du traitement de la coccygodynie essentielle par la rugination du sacrum, 292.
- ARTHUIS (M.). — v. *Debré* (R.).
- v. *Thieffry* (S.).
- ASSAILLY (A.). Les troubles caractériels de la puberté, 748.
- AUDIER (M.), MOUREN (P.) et AMALRIC. Syndrome de Morgagni-Morel chez une arriérée hypothyroïdienne, 421.
- v. *Alliez*.
- AUZÉPY (P.). v. *Cathala*.
- AVRIL. v. *Klotz*.
- AYMÈS (G.). Les syndromes psychiques frustrés ou mineurs par imprégnation bacillaire, 132.
- AZIMA (H.). v. *Heuyer*.
- AZZI (E.). Granulome malin de Hodgkin et système nerveux (contribution clinique), 142.
- Problèmes de la conduite humaine, 611.

B

- BACHET (M.). Formes cliniques des délires alcooliques, 257.
- L'enseignement des éducateurs stagiaires à l'annexe psychiatrique de Fresnes, 780.
- et MARCHAIS (P.). Le problème actuel des guérisseurs. Confrontation avec l'expérience d'un service de psychiatrie hospitalière, 68.
- Résultats d'une réflexothérapie par voie intradermique chez des malades dirigés vers un service de psychiatrie, 232.
- Guérison brusque d'un cas de névrose infantile grave par provocation de l'extinction des réactions à la prise de sang, 518.
- Nouvelles considérations concernant les effets thérapeutiques de l'épuisement des réactions réflexes aux prises de sang, 691.
- *Discussion*, 558, 694.
- BADARACCO (Garcia-J.). v. *Ajuriaguerra* (J. de).
- BADER (A.). Schizophrénie et intoxication mercurielle. Contribution à l'étude des psychoses mercurielles schizophréniformes, 135.
- BADIER (M.). v. *Gastaut*.
- BADIER (Mlle M.). v. *Olmer* (J.).
- BADIER-BÉRARD (M.). v. *Alliez*.
- BARDIER (A.). v. *Sorel*.
- BAILLIART (P.), JOURDAN (F.) et HEYRAUD (J.). Circulation cérébrale et rétinienne, 146.
- BALIETTI (L.) et CORRADINI (E.). A propos de l'ataxie aiguë type Leyden-Westphal, 141.
- BALISEAU (A.). L'électro-encéphalogramme dans les traumatismes crâniens fermés et sa valeur en médecine légale, 737.
- BALMES (J.). v. *Chaptal*.
- BALSAN (S.). v. *Debré*.
- BARAHONA-FERNANDEZ. Epreuve de la réaction psycho-somatique à l'ischémie, 214.
- *Discussion*, 224.
- BARRAQUER-BORDAS (L.). De la physiopathologie et de la pathogénie de la paraplégie en flexion d'origine cérébrale, 139.

- BARBEZAT (C.). v. *Mutruș*.
- BARBIER (M.). v. *Lebovicî*.
- BARBIZET (J.). v. *Boudin*.
- BARBEAU (M.). Deux nouveaux cas de myxœdème acquis de l'adulte consécutifs à des injections d'huile iodée, 157.
- BAREIDEN. v. *Gernez*.
- BARJON (B.). v. *Janbon*.
- BARJON (P.). v. *Janbon*.
- BARRES (P.). v. *Laboucarî*.
- BARSKI (G.). v. *Lépine*.
- BARTA (F.-R.). L'usage des médicaments sédatifs et stimulants dans les affections émotionnelles, 773.
- BARTEMEIER (L.-H.). Progrès de la psychiatrie et utilisation de ses principes dans la pratique quotidienne de la médecine, 394.
- BARUK (H.). Sur la nécessité de l'interdiction légale de la lobotomie, 60.
- Origine digestive et hépato-intestinale de certaines maladies mentales, 128.
- Séméiologie et psycho-pathologie des délires, 256.
- A propos du procès-verbal de la séance du 21 décembre 1953 et de la discussion qui suivit la communication sur « la nécessité de l'interdiction légale de la lobotomie », 343.
- LAUNAY (J.), LELORD (G.) et KARAGAG (I.). Etude des troubles de la conscience morale dans la genèse d'un délire de persécution. Hallucinations des voix de la conscience. Thérapeutiques physiques et morales, 355.
- — — Sur un cas d'hallucinations auditives et psychiques vraies avec conscience du caractère pathologique des troubles. La loi de la contention de la pensée intérieure et de la bipolarité dans le problème des hallucinations, 545.
- LEROY (B.), LAUNAY (J.) et VALLANCIEN (B.). L'étude du développement psychomoteur de la préhension volontaire chez le nourrisson, 742.
- LIPSCHITZ, MELZER (Mlle R.). Etude de l'initiative psychomotrice et de la mise en train volontaire chez le sujet normal et en psychopathologie, 151.
- Discussion, 66, 217, 353.
- BASSI (A.). Sur la signification des interprétations de blanc dans le réactif de Rorschach chez 111 enfants d'âge scolaire, 746.
- BAUD et DENBER. Altérations nucléaires microscopiques et infra-microscopiques des neurones du cortex cérébral dans les maladies mentales, 275.
- BAUDOIN (Guy de). La crise mélancolique vue à travers le test de Rorschach, 672.
- v. *Abély* (P.)
- BAULIEU (E.). v. *Grossiord*.
- BAUMGARTEN TRAMER (Fr.). Sur l'insuffisante capacité d'adaptation à la vie professionnelle, 611.
- BAYEN (Mme). Organisation de la consultation médico-psychologique de Clermont-Ferrand et premiers résultats obtenus, 769.
- BEAUDOUIN (M.), DAMPT (Mlle Th.), HENRY (J.), PAUGAIN (M.) et SMITH (H.-P.). Coma hypoglycémique prolongé traité par semi-hibernation, 100.
- SMITH (P.) et PAUGAIN (M.). Indications et contre-indications de l'hibernation classique au cours des délires aigus hyperthermiques, 732.
- v. *Rozet*.
- BÉCHARD (Mlle Cl.). v. *Chaptal* (J.).
- BECQ (M.), LACAPÈRE (J.-P.), et GLEIZES (L.). La narcoïse et les troubles psychomoteurs du langage, 413.
- BEIS (M.). v. *Hacquart*.
- v. *Royer* (P.).
- BEIZMANN (Mme C.). La personnalité épileptique vue à travers le test de Rorschach, 305.
- DELBEEY (J.). Le baiser. (Etude médico-légale), 299.
- La cité des fous, 769.
- BELEY (A.). Significations principales du tremblement chez l'enfant. Importance de sa recherche, 753.
- BELEY (P.-L.), MEYER et DOURGUIN (Mme). Quelques symptômes neuro-psychiques d'alerte dans le cas de la visite d'admission scolaire, 743.
- BELSANTI (R.). Syndrome général d'adaptation et thérapeutique de choc dans les maladies mentales, 429.
- BELTAN. v. *Heuyer*.
- BEMELMANS (F.). Test projectif d'intérêts vocationnels, 752.
- BÉNASSY (J.). Paralysies radiales traitées par transposition tendineuse suivant la technique de Merle d'Aubigné, 382.
- v. *Merle d'Aubigné*.
- BENDA (Ph.). v. *Delay* (J.).
- BENDER (L.). v. *Keeler* (W.-R.).
- BENHAMOU (Mme F.). v. *Lebovicî*.
- BENON (R.). Petit traité de pathologie mentale et nerveuse (anomalies, symptômes, syndromes, maladies, historique, thérapeutique), 125.
- BENSOUSSAN (P.). v. *Gennes* (L. de).
- BERCEL (M.-A.). Thyrotoxicose après électrochothérapie, 429.
- BERG (C.). La nature fondamentale de l'anxiété, 145.

- BERGERON (M.). *Discussion*, 377, 559, 699.
- BERGOUIGNAN (M.) et ARNÉ (L.). A propos des anévrysmes des artères cérébrales associées à d'autres malformations, 137.
- BERLINER (H.), SCHARTENBERG (F.-L.). Nouvelles observations d'électro-stimulation non convulsive, 431.
- BERNARDY (Mlle J.). v. *Brustier*.
- BERNFELD (Mme J.). v. *Weill*.
- BERNHARDT (Ch.) et BIRTUS (J.). Un cas de toxoplasmose, 100.
- BERTAGNA (L.). v. *Delay*.
- BERTRAND (I.). Sur un type de nécrose cérébrale symétrique lenticulo-occipitale consécutive à des lésions massives de pyéllébite, 614.
- et HARRIMAN (D.-G.-F.). Etude anatomique de quatre cas d'état de mal épileptique, 148.
- v. *Guillain*.
- v. *Guillaume*.
- BERTRAND (L.). v. *Janbon*.
- BESSIÈRE (R.). v. *Abély*.
- BETTICA-GIOVANNI (R.). Interprétation psychologique et médicale des desins infantiles, 750.
- BEUCHER. v. *Mande* (R.).
- BEZÈS. v. *Carayon*.
- BILLET (B.). v. *Billet* (J.).
- v. *Gros* (Cl.).
- v. *Page*s (P.).
- BILLET (J.), LAFON (R.) et BILLET (B.). Un cas de claustration volontaire ayant débuté il y a 9 ans, guéri par narco-analyse, 771.
- BINDER (H.). La signification des concepts « normal », « anormal », « sain » et « malade » dans l'expertise psychiatrique, 297.
- BINET (L.), BURSTEIN (M.), DAMOISEAU (B.). Recherches expérimentales sur un ganglioplogique de synthèse, 280.
- BINOIS (R.). Les troubles intellectuels de l'enfant, 743.
- BIRTUS (J.). v. *Bernhardt*.
- BISTOKES (A.). v. *Cornall* (A.-G.).
- BIZZI (B.). Le sérum de Bogomoletz, 777.
- BLANC (Cl.). v. *Abély* (P.).
- BLANC (G.) et MARTIN (L.-A.). Innocuité pour l'homme du virus poliomyélique fixé au lapin, 621.
- BLANCHER (G.). v. *Boudin*.
- BLANDIN (P.). *Discussion*, 572.
- BLEGER (J.). Cortisone et corticotrophine en psychiatrie, 775.
- BLUM (E.). Faust, sa souffrance, 413.
- BORON (J.). A propos de la révision de la loi belge de défense sociale, 300.
- BOGAERT (E.). v. *Malméjac* (J.).
- v. *Van Bogaert* (L.).
- BOISSIER (J.). Epreuve au crésoxydiol dans le pronostic et le traitement des lombalgies et des sciatiques, 426.
- BOISSIÈRE (H.). v. *Marie*.
- BOITTELLE (G.), BOITTELLE - LENTULO (Mme Cl.), FORGET (J.), ANTOINE (A.) et RUYER (M.). A propos de l'hyaluronidase dans la cure de Sakel, 101.
- — — — Crises épileptiques survenues chez des malades ayant subi un très grand nombre d'électrochocs. A propos de trois cas, 734.
- BOITTELLE - LENTULO (Mme Cl.). v. *Boitelle* (G.).
- BONNAL (J.). v. *Alliez*.
- v. *Roger*.
- BONNER (H.). Le problème du diagnostic des troubles paranoïaques, 257.
- BONNET (H.). v. *Boulet* (P.).
- BONDUELLE (M.), BOUYGUES (P.) et SALLOU (C.). La sclérose en plaques chez l'enfant. A propos d'une observation, 592.
- — — — La sclérose en plaques chez l'enfant, 755.
- BOREL (L.-J.). v. *Sausse*.
- BOSANQUET (F.-D.). v. *Greenfield* (J.-G.).
- BOSC (P.). Tumeur nerveuse des fosses nasales. Un cas d'esthésio-neurocytome, 409.
- BOSS (M.). Contribution à l'étude analytique de la pensée psychiatrique, 412.
- BOUDOURESQUES (J.). Classification des polynévrites toxiques, 269.
- et GASTAUT (H.). Le mécanisme réflexe de certaines épilepsies psychomotrices, 593.
- BOUDIN (G.) et BLANCHER (G.). Importance diagnostique du test de Nelson. Sa négativité permet d'abandonner un diagnostic de syphilis nerveuse, 416.
- BOUDIN (G.), NICK (J.), BARBIZET (J.) et JOB (J.-C.). Myélose hypoplasique chez une épileptique traitée par la phénacétyleurée associée au gardénal et à la benzédrine, 428.
- — — — CONTAMIN (F.) et LE BOURHIS (J.). Sur un aspect inédit des complications nerveuses de la varicelle. Les formes névralgiques, 269.
- BOUISSOU (H.). v. *Sorel*.
- BOULET (P.), SERRE (H.), VEDEL (A.), MIROUZE (J.) et BONNET (H.). Nouveau syndrome de Morgagni-Morel avec diabète sucré, 766.
- BOUQUARDEZ (R.). v. *Butzbach* (J.).
- BOURDILLON (Ch.). v. *Petit-Dutaillis*.
- BOURDON (P.). v. *Brustier*.
- BOURGUIGNON (A.). v. *Alajouanine*.
- BOURGUIGNON (G.) et WEIL (B.). Les chronaxies vestibulaires et les chronaxies sensitives dans les membres fantômes, 380.

- BOURHIS. v. *Le Bourhis* (J.).
 BOURREAU (Mlle). v. *Lebovici*.
 BOURRET (J.). v. *Colin*.
 BOUSINGEN (Durand de). v. *Kammerer* (Th.).
 BOUYGUES (P.). v. *Bonduelle* (M.).
 BOWAN (K.-M.) et ROSE (M.). Critique du terme « psychopathe sexuel » employé couramment, 298.
 BOYER (R.). v. *Thiébaux* (M.).
 BRACH (J.). Les douze facteurs du caractère. Leur influence sur la psychonomie et sur l'écriture, 250.
 BRAHIC (J.), GASTAUT (H.), RABINOVITZ (R.) et REY (J.). Polyurie insipide, étude électro-encéphalographique, 419.
 BRAIN (Sir Russel). Les lésions entraînées par le stockage de la kérésine, 116.
 BRANCALE (R.), ELLIS (A.) et DOORBAR (R.-R.). Investigations psychiatriques et psychologiques sur les délinquants sexuels en prévention ; un rapport sommaire, 298.
 BRÉGEAT (P.). v. *Mahoudeau*.
 BRETAGNE (J.). v. *Clément* (R.).
 BRICAIRE (H.). v. *Gennes* (L. de).
 BRIHAYE (J.), HASAERTS (R.) et LEY (R.-A.). Aspect anatomo-clinique d'un syndrome vasculaire bulbo-protubérantiel, 385.
 — MAGE (J.) et VERRIEST (J.). Anévrysme traumatique supraclinoidien de la carotide interne avec atteinte unilatérale du nerf optique. Hémianopsie horizontale supérieure, 409.
 BRIHAYE VAN GEERTRUYDEN (M.). v. *Danis*.
 BRIQUET Jr. (P.). Du facteur génétique du mongolisme, 745.
 BRION (Géraud de). v. *Lépine*.
 BRISSAUD (H.-E.). v. *Debré*.
 BRISSOT (M.). *Discussion*, 595.
 BRODAL (A.). Les bases anatomiques des localisations cérébelleuses, 147.
 BROUSSEAU (A.). *Discussion*, 65, 557.
 BROWN (M.-L.), BROWN (G.-W.) et HINES (H.-M.). Modifications du courant sanguin, de la pression artérielle et des pulsations cardiaques associées à l'électrochoc convulsif, 414.
 BRÜGGER (H.). Complexes d'infériorité chez les enfants difficiles, faibles d'esprit et déficients, 747.
 BRULL (L.) et LEFEBVRE (L.). Traitement de la maladie de Basedow par l'iode radio-actif (I-131), 426.
 BRUNEL (D.). v. *Chaptal* (J.).
 BRUSTIER (V.), TRILLOT (J.), BOURDON (P.), LOUBET (R.) et BERNARDY (Mlle J.). Intoxication aiguë mortelle par l'alcool éthylique et par l'alcool méthylique, 242.
 BUFFARD (Mme S.) et ANGEL (J.-M.). Etude du Szondi-test au cours de différents traitements psychiatriques, 655.
 BUGE (A.). v. *Castaigne*.
 BURGERMEISTER (J.). v. *Morel*.
 BURGI (S.). La question des faisceaux centraux de la calotte. (Etude faite sur collection de W.-R. Hess), 245.
 BURES (Mme I. de) et VERNET (Mlle N.). Un cas de démence précocissime, 730.
 BURNER (M.). v. *Hamel*.
 — v. *Royer* (P.).
 BURSTEIN (M.). v. *Binet*.
 BURSTIN (J.). Evolution socio-morale de l'adolescent, 751.
 BUTZEACH (J.), ABRAHAM (Mme E.) et BOUQUARDEZ (R.). Création d'un dispensaire d'hygiène mentale antialcoolique : espérance et difficultés ; six premiers mois, 733.

C

- CACÈRES (G.). v. *Jéri*.
 CADERAS DE KERLEAU (J.). v. *Chaptal*.
 CADILHAC (J.). v. *Chaptal*.
 — v. *Gros*.
 CAHN (R.). v. *Mathis* (M.).
 CALVET (J.). v. *Dublineau* (J.).
 CAMPIER (J.). La maladie de Fahr, calcifications intracérébrales non artériolo-scléreuses idiopathiques et ses rapports avec la tétanie, 421.
 CAMPAN (L.). v. *Lazorthès*.
 CAMPI (L.). v. *Dogliani*.
 CAMPI (Mme L.). v. *Dogliani*.
 CANETRELLI (L.). La psychomotricité et ses attributs essentiels, 617.
 CARAYON et BÈZES. A propos de quelques paradoxes apparents de chirurgie nerveuse périphérique, 443.
 CARLI (G.). v. *Chaptal*.
 CARLILE (J.-St.-H.). Le Thematic Apperception Test appliqué à des adolescents névrotiques et normales, 751.
 CARON (J.). v. *Graux*.
 CARRERA (J. Coll de). v. *Pages* (P.).
 CARRÈRE (J.) et POCHARD (Mlle). Le citrate de lithium dans le traitement des syndromes d'excitation psychomotrice, 566.
 — L'artérite oblitérante n'est-elle qu'une contre-indication relative de la sismothérapie, 572.
 CARUSO (I.-A.). Analyse psychique et synthèse existentielle, 604.
 CASTAIGNE (P.), HELD et LECABLE. Epilepsie sensitive due à une tumeur homolatérale, 131.

- HOUDART (R.) et BUGÉ (A.). Epilepsie motrice localisée révélatrice d'une acidose diabétique, 132.
- et LHERMITTE (F.). Déterminations nerveuses des glycogénoses, 116.
- CASTELLETTI (V.). Comportement sexuel chez les schizophrènes après lobotomie ou leucotomie préfrontale, 135.
- CATHALA (H.-P.) et POCIDALO (J.-J.). Sur les effets de l'injection dans les ventricules cérébraux du chien, du chlorhydrate de diméthylamino-propyl-N-chloro-pénothiazine (4560 R.P.). Action centrale de ce produit, 618.
- CATHALA (J.). Sur la déclaration éventuelle des toxicoses des jeunes enfants, 754.
- AUZÉPY (P.) et MATET (Y.). Un cas de catatonie, 134.
- CATALA (L.). v. *Martin*.
- CATTELL (J.-P.). Action de la psychothérapie après topectomie chez des malades atteints de schizophrénie pseudo-névrotique, 440.
- CAVÉ (Mme M.). Etude d'une schizophrénie soignée par la méthode des électrochocs et des comas, 76.
- Nouvelle étude d'un cas de schizophrénie traité par les électrochocs et les comas, 362.
- Le délire, réaction d'auto-défense psychique. Etude de quelques délires schizophréniques, 545.
- Une hypothèse sur le mode d'action des électrochocs et des comas dans les schizophrénies juvéniles, 746.
- Le délire, réaction d'auto-défense psychique, 721.
- *Discussion*, 553, 566.
- CAZABAN (R.). v. *Euzière*.
- v. *Gros*.
- v. *Pagès (P.)*.
- CENTINI (D.) et RADICCHI (M.). La phényl-acétylurée dans la cure de l'épilepsie, 425.
- CERULLI (Fr.). Un traitement spécifique de la dystonie neuro-végétative, 294.
- CÉSAR (O.). Contribution à l'étude de l'art chez les aliénés, 403.
- CHAMBERS (G.-S.). v. *Zabarenko*.
- CHAMPY (C.-H.) et COUJARD. Sur la sensibilité hormonale et l'importance trophique du système de ganglions sympathiques terminaux, 765.
- CHAPTAL (J.), CADERAS de KERLEAU (J.), BALMES (J.) et JEAN (R.). Atrophie porencéphalique par thrombose de l'artère sylvienne chez un nouveau-né, 267.
- GROS (Cl.), BRUNEL (D.), JEAN (R.) et ALRAM (Mlle D.). Méningite chronique et pyocéphalie du nourrisson. Trois observations, 407.
- — — — LABAUGE (R.) et BECHARD (Mlle). La cisternographie gazeuse au cours de la méningite tuberculeuse de l'enfant : son intérêt dans la conduite du traitement, 406.
- — — — Intérêt de la cisternographie gazeuse dans la conduite du traitement des méningites bacillaires de l'enfant, 441.
- PASSOUANT (P.), BRUNEL (D.), LATOUR (H.), JEAN (R.) et CADILHAC (J.). L'électro-encéphalographie au cours des méningites tuberculeuses de l'enfant traitées par la streptomycine. Confrontations anatomocliniques. A propos de 67 cas, 405.
- LATOUR (H.), JEAN (R.) et LOUBATIÈRES (R.). L'électro-encéphalographie au cours des toxicoses de l'enfant. Confrontation clinique, électro-encéphalographique et anatomique, 754.
- BRUNEL (D.), LATOUR (H.), JEAN (R.), LOUBATIÈRES (R.), CARLI (G.) et TEMPLE (J.-P.). Hémiplegie par thrombose artérielle au cours de l'évolution d'une méningite tuberculeuse de l'enfant. Rechute et mort en état de méningo-diencéphalite. Confrontation clinique, électro-encéphalographique et anatomique, 265.
- CHARLIN (A.). Syndrome de Plummer-Vinson avec polynévrite des membres inférieurs, 240.
- CHATAGNON (Mlle C.) et CHATAGNON (P.). L'acide neuraminique dans le tissu cérébral du rat blanc, 150.
- CHAUCHARD (Mme B.) et CHAUCHARD (P.). Les effets de quelques ganglioplogiques sur l'excitabilité nerveuse centrale et l'excitabilité viscérale, 279.
- Réactions anaphylactiques du système nerveux végétatif, 617.
- L'action inhibitrice centrale de la prométhazine (phénergan), 618.
- MAZOUÉ (H.) et CHAUCHARD (M.-P.). Action de la morphine sur les métachronoses thermiques réflexes, 618.
- CHAVANY (J.-A.), GUIOT (G.), HAGENMULLER (D.). Sur une variété d'encéphalite subaiguë mortelle avec mouvements involontaires unilatéraux rythmés accompagnés d'éclipses synchrones de la conscience. (A propos d'un cas anatomo-clinique), 266.
- et HAGENMULLER (D.). Le traitement des douleurs irréductibles par la chirurgie cérébro-spinale, 291.
- et VOGEL (M.). Parkinsonisme post-abortum, 137.
- CHEYMOL (J.), JAMAIN, HENRY (Ch.) et LEGROS. Un cas d'ambiguïté sexuelle, 155.
- CHRISTOPHE (J.). v. *Haguenau*.
- CHUBERRE. v. *Lamache (A.)*.

- CIAMIN (A.). v. *Cossa*.
 CLAVREUL (J.). v. *Delay*.
 CLEEMFOEL (Mme S.). v. *Nélis*.
 CLÉMENT (J.-C.). v. *Fischgold*.
 CLÉMENT (R.), GRUNER (J.), RAMEIX (P.) et BRETAGNE (J.). Idiotie amaurotique de Tay-Sachs, 744.
 CLOAKE (P.-C.-P.). Artérites cérébrales oblitérantes et inflammatoires, 110.
 COITE (Mlle S.). v. *Schachter* (M.).
 COLIN (M.), BOURRET (J.) et MEURILLON (F.). L'observation des mineurs délinquants en milieu ouvert ; les problèmes qu'elle pose, 119.
 COLLART. v. *Van Bogaert*.
 COLL DE CARRERA (J.). v. *Pagès* (P.).
 COLLIN (J.). v. *Feuillet*.
 COMBIER (Ch.). v. *Puech* (A.).
 COMBIER (P.). v. *Margarot*.
 COMER (F.). v. *Nélis*.
 CONRAD (K.). A propos du principe de la représentation verbale. Réfutation de l'argumentation de Weinschenk, 263.
 CONSTANTINIDÈS (C.-D.). De l'héautoscopie en général (avec analyse d'un cas), 337.
 CONTAMIN (F.). v. *Boudin*.
 COR (Mlle J.). v. *Daumézon*.
 CORNALL (A.-G.), EGLITIS (B.), MILLER (A.), BISTOKES (A.) et DEWAN (J.-G.). Observations cliniques et métaboliques de longue durée dans la catatonie périodique, 767.
 CORNU (P.). v. *Fouquet* (J.).
 CORRADINI (E.). v. *Balietti*.
 CORSELLIS (J.-A.-N.). Exposé anatomo-pathologique d'un cas d'oligophrénie phénylpyruvique, 762.
 COSSA (P.), DUPLAY (J.), AMOROSO (H.), CIAMIN (A.) et POSTEL (J.). Participation du cerveau à la maladie de Charcot, 238.
 — et POSTEL (J.). De l'ictus apoplectique à l'œdème pulmonaire aigu par cure de Sakel. L'œdème central et son traitement, 1.
 COSTE (F.), DELBARRE (F.) et LAURENT (F.). Une nouvelle méthode de dosage biologique des 11-oxystéroïdes urinaires, 282.
 COTTE (S.). v. *Schachter*.
 COUJARD. v. *Champy*.
 COURJON (R.). v. *Wertheimer*.
 GREENBLATT (M.). v. *Roberts*.
 CRÉMIEUX (A.). v. *Poursines* (Y.).
 GREYX (M.), LENG-LÉVY (J.), VINENDEAU (J.) et SERRES (A.). La maladie de Basedow de l'andropause, 768.
 CRISTINI (R.). La subnarcoïse barbiturique dans l'identification des psychopathies organiques, 772.
 CRITCHLEY (A. Mac Donald). Le lobe pariétal, 113.
 CROWN (S.). v. *Zangwill*.

- CRUZ FERREIRA (A.). Les stéroïdes du cortex surrénal en psychiatrie, 765.
 CUNNINGHAM DAX (E.). Effets thérapeutiques des lobotomies. (L'opération de la leucotomie et l'activité créatrice en peinture), 289.
 CUMINGS (J.-N.). v. *Pelg*.

D

- DALLA VOLTA (A.). La représentation de l'univers infantile, 272.
 DALOUS (A.). v. *Sorel*.
 DALSTROM (E.). Quelques aspects de la vérification quantitative en sociologie, 274.
 DAMOISEAU (B.). v. *Binet*.
 — v. *Petit-Dutaillis*.
 DAMPT (Mlle Th.). v. *Beaudouin*.
 — v. *Hamel* (J.).
 — v. *Feuillet* (C.).
 D'ANIS (P.) et BRIHAYE VAN GEERTRUUDEN (M.). Névrite optique rétrobulbaire bilatérale par métastases cancéreuses dans les gaines arachnoïdiennes, 268.
 DANON-BOILEAU (H.). v. *Heuyer*.
 — v. *Lebouici*.
 DANY (A.). v. *Fontaine* (R.).
 — v. *Sirger* (L.).
 DAUM (S.). v. *Le Beau*.
 — v. *Mahoudeau*.
 DAUMÉZON (G.), COR (Mlle J.) et MOOR (Mlle L.). Disparition de phénomènes obsessionnels graves après « autolobotomie » chez un grand déséquilibré, 93.
 — MOOR (Mlle L.) et NIZARD (Mlle). Amnésie d'évocation élective de l'identité, 492.
 — et DENIS. Note sur le pronostic des états mélancoliques, 349.
 — MOOR (Mlle L.) et NIZARD (Mlle). Débilité ou détérioration, 497.
 — *Discussion*, 224, 354, 497.
 DAUTY (R.). v. *Gayral*.
 DAVID (M.), MOOR (Mlle L.) et RUDRAUF (J.). Examen psychologique de 21 malades, un an après intervention psycho-chirurgicale. Etude critique des résultats, 219.
 — SAUGUET (J.), HÉCAEN (H.) et TALAIRACH (J.). Résultats d'une enquête sur 78 interventions de psychochirurgie avec un recul opératoire d'un an, 437.
 — v. *Talairach*.
 DAVIES-EYSENCK (Mine M.). Les facteurs intellectuels dans l'épilepsie, 131.
 DAVOST. v. *Lamache* (A.).

- DEBRÉ (R.), BRISSAUD (H.-E.), LERIQUE-Kœchlin (A.) et BALSAN (S.). L'électro-encéphalogramme de la méningite tuberculeuse, 143.
- VAN BOGAERT (L.), THIEFFRY (S.) et ARTHUIS (M.). Accidents nerveux de la maladie des griffes du chat, 409.
- DEBROSSE (J.-Y.). Quelques questions au sujet d'un essai de traitement d'une myasthénie bulbo-spinal de Erb-Godflam par la prégnolone, 293.
- DECHAUME (J.). Maladies mentales et inspection médicale scolaire, 743.
- Le médecin d'hygiène scolaire et l'équipe médico-sociale et psychopédagogique à l'école, 622.
- DECOURT (J.) et DOUMIC (J.-M.). Sur la fréquence et la signification des retards pubertaires familiaux, 419.
- LEREBoullet (J.), HENRY (R.) et TINEL (G.). Sur les altérations testiculaires de la myopathie myotonique (maladie de Steinert). A propos de cinq observations, 420.
- DECOURT (Ph.). Syndrome général d'adaptation de H. Selye, et phénomènes de Reilly, 277.
- Le postulat du « syndrome général d'adaptation », son irréalité. Exposé et réfutation de la thèse de H. Selye, 278.
- DELALANDE. v. Lamache (A.).
- DELARUE (R.). v. Lereboullet.
- DELAVILLE (G.). v. Delay (J.).
- DELAY (J.), BERTAGNA (L.) et LAURAS (A.). A.C.T.H. et cortisone en psychiatrie, 536.
- DELAVILLE (G.), SIZARET (P.), LAINÉ (B.) et BENDA (Ph.). Remarques sur les variations de certains stéroïdes urinaires au cours de la cure de Sakel, 726.
- DENIKER (P.) et TARDIEU (Y.). Hibernothérapie et cure de sommeil en thérapeutique psychiatrique et psychosomatique, 157.
- LAINÉ (B.), PUECH (J.) et CLAVREUL (J.). Recherches biologiques sur le choc émotionnel, 150.
- DELEARRE (F.). v. Coste.
- DELEUZE (G.). Empirisme et subjectivité, 392.
- DELMAS (A.) et PERTUISSET (B.). La topométrie encéphalique chez l'homme (noyau rouge, centre médian, noyau amygdalien), 614.
- DEL POZO (A.). Les intérêts vocationnels et les différences dues au sexe, 271.
- DELON (Mme J.). v. Martin.
- DEMAY (J.). v. Vallade.
- DENBER. v. Baud.
- DENÉCHAU (D.). Troubles nerveux et acétate de désoxycorticostérone. Curieux syndrome algo-paralytique au cours d'une maladie d'Addison, 283.
- DENIKER (P.). *Discussion*, 497.
- v. Delay.
- DENIS (J.-B.). v. Mignot.
- DENNY-BROWN. Apraxie du lobe pariétal, 115.
- DEPREUX (J.) et FONTAINE (R.). La voûte plantaire. Ses variations chez les enfants arriérés mentaux, 744.
- DEREYMAEKER (A.) et SOMER (P. de). Arachnoïdite fibro-purulente mycosique par cladosporium, 385.
- v. Gehuchten.
- DEROBERT (L.) et VACHER (J.). Emotion et infarctus du myocarde, 596.
- v. Rouvillois.
- DEROT (M.), GOURY-LAFFONT (M.), PERIN (J.) et SERFATI (M.). Maladie de Basedow prépubertaire, 421.
- DESAUX. v. Verdeaux.
- DESEUCQUOIS (G.), GUIOT (C.) et POLOUKHINE (N.). Traitement chirurgical des cranio-sténoses. Technique nouvelle du traitement de l'oxycéphalie, 435.
- DESCOMBEY (J.) et ROQUEBRUNE (G.). L'enfant caractériel parmi ses frères et sœurs, 747.
- DESCLAUX (P.). v. Marde (R.).
- DESCUNS (P.). v. Lombard (P.).
- DESHAIES (G.). *Discussion*, 557, 693.
- DESPERIERES. Les encéphalopathies au cours de la streptomycinothérapie, 295.
- DESRIAC (P.). v. Launay.
- DEVIC (M.). v. Girard.
- DEWAN (J.-G.). v. Cornell (A.-G.).
- DICK (P.). v. Morel.
- DIJKHUIS (J.). Images provoquées par l'audition de bruits, 611.
- DISERTORI (B.). Proposition d'une classification psychiatrique et d'une théorie des névroses, 397.
- DOGLIANI (P.). Le comportement de la cholestérinémie dans l'électronarcose, 415.
- et CAMPI (L.). Premiers résultats thérapeutiques obtenus avec le sérum cytotoxique antiréticulaire dans la schizophrénie et dans les psychoses préséniles, 295.
- et CAMPI (Mme L.). Le comportement de l'élimination urinaire des 17-cétostéroïdes chez les malades mentaux traités par les thérapeutiques convulsivantes, 283.
- DONDEY (M.). v. Houdart.
- DOORBAR (R.-R.). v. Brancale.
- DÖRKEN (H.) et KRAL (V.-A.). La différenciation psychologique des lésions cérébrales organiques et leur localisation au moyen du test de Rorschach, 399.
- DORRALIES (G.). Sur la question de la prophylaxie du suicide par l'éducation, 286.

- DOTT (M. N.). Traitement des anévrysmes sacculaires intracrâniens, 112.
 DOUGLAS Jr. (D.-B.). Le traitement des cas limites de schizophrénie, 424.
 DOUMIC (J.-M.). v. *Decourt*.
 DOURGUIN (Mme). v. *Beley* (P.-L.).
 DOUST. v. *Lovett-Doust* (W.).
 DRACOUlidès (N.-N.). Les répercussions déshumanisantes de la vie machiniste de nos jours, 275.
 DREYFUS-BRISAC (C.). v. *Houdart*.
 DUBLINEAU (J.). L'écartement des incisives médianes et le problème de la latéralisation, 595.
 — CALVET (J.) et SOBOUL (Mme). Répartition du cholestérol en fonction des facteurs typologiques, 704.
 — et SOBOUL (Mme). Répartition du temps de latence dans le test de Rorschach en fonction des composantes typologiques, 540.
 — — et CALVET (J.). Evolution du taux du cholestérol chez les buveurs en cours de cure considérée en fonction des facteurs typologiques, 705.
 — — et KœCHLIN (Mme). Répartition du temps résiduel dans le test de Rorschach en fonction des composantes typologiques, 543.
 DUBOIS (A.). v. *Van Bogaert*.
 DUEOUCHER (G.) et POROT (M.). Etude des modifications du rythme cardiaque, de la pression artérielle et de l'électro-cardiogramme au cours de la réaction alcool-antabus, 619.
 DUBRISAY (J.). v. *Mahoudeau*.
 DUCOS (J.). v. *Euzière*.
 DUMONT (E.). v. *Massion-Verniory*.
 DUPLAY (J.). v. *Cossa*.
 DURAND DE BOUSINGEN (R.). v. *Kammerer* (Th.).

E

- EBTINGER (R.). v. *Kammerer*.
 ECKEN. v. *Van Ecken* (N.).
 ECOIEFFIER (J.). v. *Fishgold*.
 EGLITIS (B.). v. *Cornall* (A.-G.).
 EHRENBURG (R.). v. *Johnson*.
 ELLIS (A.). v. *Brancale*.
 ENET (Mlle). v. *Heuyer*.
 ENJALBERT (J.-M.). v. *Gros* (Cl.).
 ESCARDO (F.-Alaysa). v. *Rocca*.
 ESTAPE (Z.). v. *Rodriguez-Arias* (A.).
 EUZIÈRE (J.), LAFONT (R.), DUCOS (J.), CAZABAN (R.), RIBSTEIN (M.). Ménigite à rechutes. Manifestation d'une dacryoethmoïdite à pneumocoques, 265.
 EVRARD. v. *Karel-Evrard* (A.).

F

- FACON (E.). v. *Urechia*.
 FAHREDDIN KERIM GÖRAY. Les équivalents épileptiques, 131.
 FANDRÉ (M.). v. *Michaux* (L.).
 FARGEOT (G.). v. *Kohler*.
 FATTOVICH (G.). Aspect particulier du manteau cérébral chez un phrénasthénique épileptique, 613.
 — Considérations sur les données anatomo-pathologiques dans quelques cas de phrénasthénie, 613.
 — Lésion cérébrale par rayons Röntgen, 760.
 FAU (R.). Epilepsie expérimentale par injection intraveineuse d'hexo-barbital chez un malade en traitement par électrochocs, 225.
 — ANDREY (B.) et LE MEME. Contribution au diagnostic différentiel entre l'arriération mentale et la schizophrénie infantile. Eléments apportés par l'évolution de l'enfant au sein de la classe de perfectionnement, 744.
 — — — Problème du débile caractériel au sein de la classe de perfectionnement, 748.
 — v. *Rozet*.
 FAURE (H.). v. *Heuyer* (G.).
 FAURE (J.-L.). v. *Aimes* (A.).
 FEFER. Journées criminologiques hollandaises-belges, Bruxelles, 10-12 septembre, 1953, 121.
 FELD (M.). Subluxations et entorses sous-occipitales; leur syndrome fonctionnel consécutif aux traumatismes crâniens, 239.
 — v. *Heuyer* (G.).
 — v. *Siguiet* (F.).
 FELDMANN (H.). v. *Morsier*.
 FÉLIX (Mme J.). v. *Martin*.
 FÉNICHÉL (O.). Problèmes de technique psychanalytique, 252.
 FERDIÈRE (G.). La place de l'électrochothérapie après la soixantaine, 430.
 FEREY (D.) et JAVALET. Traumatisme cranio-cérébral. Paralyse des membres inférieurs pendant 4 ans 1/2. Intervention. Enorme hernie discale lombaire. Guérison, 434.
 FERGUS (A.). Rapport sur le traitement électro-convulsif de 102 schizophrènes malades depuis longtemps, 430.
 FERNANDEZ (A.), MALRIEU (Ph.) et RISER (M.). La cataplexie et la pathologie de l'émotion, 449.
 FERREIRA (A.-C.). v. *Garcia*.
 FERREIRA. v. *Crux-Ferreira* (A.).
 FERRIER (M.). L'actocyanose d'origine centrale, 281.
 FERRIO (C.). La localisation des processus de conscience, 759.
 FESSARD (A.). v. *Piéron*.

- FEUILLET (Ch.), COLLIN (R.) et THIÉBAUX (M. et R.). Epilepsie et lobotomie préfrontale, 289.
- MERCIER (J.) et DAMPT (Mlle Th.). Quelques incidents post-critiques de l'électrochothérapie. Aperçu clinique et essais de prévention, 100.
- — — et GÉRARDIN (J.). Les incidents de la ponction lombaire. Analyse de quelques facteurs pathogéniques, 735.
- FIAMBERTI (A.-M.). Recherches radiographiques en rapport avec la leucotomie préfrontale transorbitaire, 289.
- La méthode transorbitaire de la leucotomie préfrontale, 290.
- La psychochirurgie dans les instituts psychiatriques italiens, 437.
- Position de la leucotomie transorbitaire en psychochirurgie, 439.
- et CINTI (G.). L'organisation des services d'hygiène neuro-mentale. Réalisations et résultats obtenus dans la province de Varese, 287.
- FIENDT (Kai von). Sur le caractère national des Finnois, 275.
- FIGUERIDO (C.-A.). Alcool et accidents du trafic, 622.
- FINCK (P.-A.). Hémiplegie après pneumothorax (survie dépassant 12 ans), 142.
- FISCHGOLD (H.), CLÉMENT (J.-C.), TALAIRACH (J.) et ECOIEFFIER (J.). Opacification des systèmes veineux rachidiens et crâniens par voie osseuse, 276.
- v. *Petit-Dutailis*.
- FLAMENT (J.). Psycho-chirurgie, 384.
- FOCQUET (P.). Un cas de bestialité, 382.
- FONCIN (J.-F.), v. *Le Beau*.
- FONTAINE (R.), DANY (A.) et SINGER (L.). La trachéotomie, traitement héroïque au cours de certains états de mal épileptique, 98.
- v. *Depreux*.
- FONTANARI (D.), v. *Rigotti*.
- FOREL (L.-Th.). Symptômes cérébraux et suites cérébrales éloignées des maladies à exanthème de l'enfance (rougeole, rubéole, scarlatine, varicelle) et de la coqueluche, ainsi que les malformations congénitales dues à ces maladies, 246.
- FORGET (J.), v. *Boitelle* (G.).
- FOUQUET (J.), HEIMANN (Mlle V.) et CORNU (P.). Intérêt des associations d'antibiotiques et de leur introduction par voie intrarachidienne dans le traitement de la méningite tuberculeuse, 778.
- FOUQUET (P.). Le facteur toxique dans le syndrome alcoolique, 259.
- FOURNY (L.), v. *Gayral* (L.).
- FRAISSE (P.), v. *Piéron*.
- FRANCESCHETTI (A.), KLEIN (D.) et WILNER (H.). Dyssnergie cérébelleuse myoclonique progressive (Ramsay Hunt) à transmission dominante dans une famille bernoise, 244.
- FRANÇOIS (C.). Réflexions pédagogiques sur l'enfant ingrat, 748.
- FRANK (J.-L.), v. *Gilbert-Dreyfus*.
- FREITAS Junior (O. de). Un cas d'hallucinoïse, 261.
- FREY (B.). Névrose obsessionnelle évoluant depuis 1919. Résultat de la leucotomie pratiquée en 1950, 733.
- FRIEBOURG-BLANC (A.), *Discussion*, 557.
- FRIEDMAN (S.), v. *Oltman*.
- FRIEMAN (W.). Lobotomie transorbitaire. Le problème de l'épaisseur de la voûte orbitaire, 438.
- FULTON (J.-F.). Physiologie des lobes frontaux et du cervelet. Etude expérimentale et clinique, 248.
- FUNKENSTEIN (D.-H.) et MEADE (L.-W.). Appréciation des injections intraveineuses d'éther comme traitement des malades mentaux, 774.

G

- GABEL (J.). Délire politique chez un paranoïde, 135.
- GACHES (J.), *Le Beau* (J.).
- GACHKEL (V.), v. *Montassut*.
- GALLAIS (P.). Traitement de la démence précoce par la trypanosomiase, 424.
- GALLINER (A.). Indications concernant les controverses relatives à l'électroconvulsivothérapie, 431.
- GAMBS (A.), v. *Tusques*.
- GAMMA (G.), v. *Gorria* (C.).
- GARAND (O.), *Discussion*, 63, 67.
- GARCIA (J.-A.). Les problèmes médico-légaux de la vieillesse, 299.
- Les personnalités psychopathiques, 399.
- Troubles mentaux dans le climactérium, 740.
- et FERREIRA (A.-C.). Recherches expérimentales et cliniques avec des extraits d'hypothalamus, 284.
- GARCIA BADARACCO (J.), v. *Ajuriaguerra* (J. de).
- GARCIN (R.) et LAPRESLE (J.). Syndrome sensitif de type thalamique et à topographie chéiro-orale par lésion localisée du thalamus, 591.
- GARDE (A.), v. *Girard*.
- GARRONE (G.). Examens endocriniens dans différentes démences, 108.
- GARRY (J.-J. Mc), v. *Oltman*.
- GASTAUT (H.), NAQUET (R.), VIGOUROUX (R.), ROGER (A.) et BADIER (M.). Etude électrographique chez l'homme et chez l'animal des décharges épileptiques dites « psychomotrices », 401.

- et ROGER (J.). Une cause méconnue parmi bien d'autres, d'épilepsie « psychomotrice » encore dite temporale : l'embolie cérébrale solide, liquidienne et gazeuse, 239.
- Formes inhabituelles de l'épilepsie : le nystagmus épileptique, 590.
- Formes inhabituelles de l'épilepsie : le spasme facial épileptique, 590.
- TERZIAN (H.) et GASTAUT (Y.). Etude d'une activité électro-encéphalographique méconnue : le rythme rolandique en arceau, 152.
- VIGOUROUX (V.) et NAQUET (R.). Comportements posturaux et cinétiques provoqués par stimulation sous-corticale chez le chat non anesthésié. Leur relation avec le « réflexe d'orientation », 153.
- v. Boudouresques.
- v. Brahic.
- v. Morin.
- GASTEAU (E.). v. Lereboullet.
- GAYRAL (L.). La psychiatrie contemporaine. Principes, méthodes, applications, 603.
- et DAUTY (R.). Délit de mœurs chez un obèse gynoïde, 598.
- et FOURNY (L.). Les accidents cérébraux au cours des traitements par les antibiotiques, 778.
- GEMELLI (Fr.-A.) et ANCONA (L.). Quelle contribution peut donner à l'étude des activités psychiques la recherche électro-encéphalographique ? 152.
- — — Quelle contribution peut donner la recherche électro-encéphalographique à l'étude des activités psychiques ? 616.
- GENNES (L. de), BENSOUSSAN (P.) et KLEIN (Mme F.). Maladie d'Addison : troubles mentaux aigus et délire chronique, 522.
- BRICAIRE (H.), TOURNEUR (R.) et LEPRAT (J.). Myxœdème cutané circonscrit thyroïdocrinique avec exophtalmie œdémateuse. Etude histologique avant et après régression thérapeutique, 767.
- GEERTRUYDEN (M. Brihay van). v. Danis.
- GEHUCHTEN (J. van), MORELLE (J.) et DEREYMAKER (A.). A propos du traitement des anévrysmes intracrâniens, 139.
- GEORGES (H.). Sans tricher. Information sexuelle des garçons de 15 à 18 ans, 251.
- GEORGES (J.). v. Rousseau.
- GÉRARD (P.-L.). v. Guillaume.
- GÉRARDIN (J.). v. Feuillet (C.).
- v. Hamel.
- GÉRAUD (J.), LAZORTHES (G.) et RIBAUT (L.). Hématome intracérébral secondaire à l'hémorragie d'un angiome paraventriculaire, 267.
- v. Riser.
- GÉRAUD DE BRION. v. Lépine.
- GEREBTZOFF (A.). La gaine myélinique en dégénérescence expérimentale et dans la sclérose en plaques. Recherches histochimiques, 386.
- v. Jermé.
- v. Thiry.
- GERMAIN (C.). La classification des délinquants en France, 299.
- Le traitement des récidivistes en France, 252.
- GERNEZ (Cl.), HURIEZ (C.) et BAREIDEN. Première série de 36 tests de Nelson, 417.
- GIACICANI (A.). v. Heuyer.
- GIAMFALMO (A.). Les lipoïdoses cholestériniques du système nerveux, 117.
- GIORDANA (C.-C.). Etats dépressifs dans la période initiale de la schizophrénie, 133.
- GIORDANO (G.-B.). Sur la schizophrénie prépubérale. Contribution clinique, 752.
- GILBERT-DREYFUS et ZARA (M.). Le diagnostic des hyperthyroïdies frustes par l'épreuve de fixation thyroïdienne de l'iode radio-actif, 421.
- — et FRANK (J.-L.). L'œil basedowien commun ne comporte aucune protrusion du globe ; il n'est d'exophtalmie qu'œdémateuse, 767.
- GIRARD (P.-F.), GARDE (A.) et DEVIC (M.). Contribution à l'étude anatomique des manifestations médullaires observées au cours des discarthroses cervicales, 381.
- et DEVIC (M.). Les malformations vasculaires cérébrales à l'exception des anévrysmes, 111.
- GIRAUD (P.). A propos de l'origine des malformations congénitales, 285.
- GISCARD (P.). L'expérience d'un essai de reclassement des relégués dits « asociaux », 300.
- Dangers du placement des criminels et des délinquants dans les services des hôpitaux psychiatriques, 553.
- Réflexions sur les expertises médicales dans les cas de mystique, 561.
- Discussion, 561, 566.
- GLEIZES (L.). v. Becq.
- v. Riser.
- GODET-GUILLAIN (Mme J.). v. Guillain.
- GODLEWSKI (H. et G.). Synthèse des assises départementales sur la clinique régionale de l'alcoolisme, 285.
- GOFMAN (J.-W.). v. Simon.

- GORRIA (C.), GAMMA (G.) et VILLATA (E.). Contribution clinique à l'évaluation critique de la narcoanalyse : narcoanalyse et mythomanie, 771.
- GOUGIS (R.). v. *Léchelle*.
- GOURY-LAFFONT (M.). v. *Derot*.
- GOZZANO (M.). Facteurs afférents dans la pathogénie de l'accès épileptique, 131.
- Peut-on comparer le cerveau à une machine électrique ? 617.
- GRAF (R.). Le suicide dans ses rapports avec la saison, l'heure du jour et le jour de la semaine, 286.
- GRAUX (P.), LORRAIN (A.) et CARON (J.). Intérêt diagnostique et thérapeutique de l'encéphalographie gazeuse au cours des états mélancoliques, 433.
- GREEFF (E. de). Leucotomies unilatérales, 103.
- Psycho-chirurgie, 384.
- GREEN (A.). v. *Tusques*.
- GREENELATT (M.) et SOLOMON (H.-C.). Etude portant sur les investigations de neuf années de lobotomie, 439.
- GREENFIELD (J.-G.) et BOSANQUET (F.-D.). Les lésions du tronc cérébral dans le parkinsonisme, 761.
- GREGORY (I.). Traitement des psychoses de la sénilité par l'acide nicotinique, 422.
- GRÉVIN (J.). v. *Martin*.
- GRÈZES-RUEFF (Ch.). v. *Planques*.
- GRIFFITH (R.-M.). Les rêves de trouver de l'argent, 145.
- GROS (Cl.) et BILLET (B.). Un cas de torticollis spasmodique d'origine psychogène guéri par narcoanalyse, 772.
- et CAZABAN (R.). Les arachnoïdites bipolaires, névrites optiques œdémateuses et arachnoïdites de l'angle ponto-cérébelleux, 268.
- LABAUGE (R.) et ENJALBERT (J.-M.). La place actuelle de la neuro-chirurgie dans le traitement de la ménin-gite tuberculeuse de l'enfant, 441.
- et MARTIN (G.). Anévrysme cirsoïde géant du lobe frontal droit étendu à la voûte et au cuir-chevelu. Exérèse en bloc par l'amputation du lobe frontal. Les conditions de l'hémostase, 138.
- MINVIELLE (J.), LABAUGE (R.) et CADILHAC (J.). L'angiographie des tumeurs cérébrales, 410.
- v. *Chaptal (J.)*.
- GROSSIORD (A.) et BAULIEU (E.). Gynécologie et affections neurologiques, 420.
- WIMPHEN (A.) et SELIGMANN (M.). Encéphalo-myélite subaiguë et lympho-réticulose bénigne d'inoculation (maladie des griffes du chat), 409.
- GRUNER (J.). v. *André-Thomas*.
- v. *Clément (R.)*.
- GUERRA (M.). v. *Moniz*.
- GUIBERT (L.) et PRÉAUT (R.). Les états d'asthénie et le titrage systématique de l'acide ascorbique dans le plasma, 417.
- GUILBERT (P.). v. *Vullien*.
- GUILLAIN (G.) et BERTRAND (I.). Macro-génitosomie précoce avec pseudo-hermaphrodisme. Lésions anatomiques multiples : hyperplasie adénomateuse de la zone corticale des surrénales ; hyperplasie de la glande pincale ; ganglioneurome abdominal et intrarachidien, 156.
- et GODET-GUILLAIN (Mme J.). Les lésions du système nerveux central dans l'intoxication par le phosphate tri-cristallique, 614.
- GUILLAUME (J.). Ligature de la choroïdienne antérieure dans l'hémiathétose, 240.
- BERTRAND (I.), GÉRARD (P.-L.), PECKER (J.). La radionécrose cérébrale expérimentale provoquée par radiothérapie de contact, 148.
- v. *Ribadeau-Dumas*.
- v. *Sigwald*.
- GUINOT (U.). v. *Picard*.
- GUIOT (G.). v. *Chapany*.
- v. *Debucquois*.
- v. *Petit-Dutaillis*.
- v. *Siquier*.
- GUIRAUD (P.). *Discussion*, 219, 229.
- GUKELBERGER (M.). Nouveaux moyens de traitement des cas de paraplégie, 245.
- GUYOT (P.). Injections intracérébrales. Résultats thérapeutiques obtenus en trois ans, 367.

H

- HAAS (Mlle). v. *Adam (Fr.)*.
- HAERLIN (P.). Contribution à l'étude du rêve, 412.
- HACQUART (M.), HENRY (J.) et BEIS (M.). Guérison par lobectomie pulmonaire d'un syndrome schizophrénique évoluant parallèlement à la bacillose, 99.
- MERCIER (J.) et HARTEMANN (A.). Syndrome dysthymique tenace. Guérison immédiate après ventriculographie, 734.
- HADENGUE (A.) et MARTIN (R.). Un cas d'intoxication par le dichloréthane, 597.
- HAENE (A. de). v. *Hoffman*.
- HAGUENAU (J.), CHRISTOPHE (J.) et PERTUISSET (B.). Anévrysme postérieur de la portion susclinôidienne de la carotide interne. Ligature du collier. Guérison, 381.

- HAGENMULLER (D.). v. *Chavany*.
 HALL (K.-R.-L.). Les tests d'abstraction avec référence spéciale à leur atteinte dans la schizophrénie, 397.
 — v. *Zangwill*.
 HAMELING (J.). Emotions et symptômes dans l'hypertension essentielle, 397.
 HAMEL (J.), BURNER (M.) et GÉRARDIN (J.-R.). Quelques données numériques à propos de 320 cures de désintoxication alcoolique en service libre, 99.
 — DAMPT (Th.) et WEISGERBER (M.). Un cas de syndrome subjectif des blessés du crâne sans traumatisme, 730.
 HAMON (J.), PARAIRE (J.), ALBERTITNI et ROBERT (R.). À propos d'une intoxication massive par le 3277 R.P. au cours d'une tentative de suicide, 74.
 HANSEN (F.-B.), SEITELBERGER (F.). Contribution à la pathologie des syndromes en foyer de l'artère cérébrale antérieure, 264.
 HARDY (M.). v. *Picard*.
 HARRIMAN (D.-G.-F.). v. *Bertrand*.
 HARTEMANN (A.). v. *Hacquard (M.)*.
 HARTRIDGE (H.). Récents progrès dans la physiologie de la vision, 278.
 HASAERTS (R.). v. *Brihaye*.
 HAZARD (J.). v. *Marie (J.)*.
 HÉCAEN (H.), AJURIAGUERRA (J. de) et ANGELERGUES (R.). Délire centré sur un membre fantôme chez une hémiplegique gauche par lésion vasculaire, avec anosognosie, 590.
 — v. *David*.
 HECKER (A.-O.). v. *West*.
 HEIMANN (Mlle V.). v. *Fouquet (J.)*.
 HELD. v. *Castaigne*.
 HELMAN (Z.). Test de Rorschach et examen électro-encéphalographique chez l'enfant dans les cas limités d'épilepsie, 745.
 HENNEAUX (N.). Myélite post-vaccinale, 153.
 HENNEBERT (P.). Dissociation des surdités dites « nerveuses » par l'étude audiométrique, 411.
 HENRY (C.). v. *Cheymol*.
 HENRY (J.). v. *Beaudouin*.
 — v. *Hacquart*.
 HENRY (R.). v. *Decourt (J.)*.
 HERCK. v. *Van Herck (J.)*.
 HESNARD (A.). Psychanalyse et pratique psychiatrique, 145.
 HESS (W.-R.). Contribution à l'analyse expérimentale du cerveau frontal, 153.
 HEUYER (G.). Psychiatrie et psychanalyse, 144.
 — et AJURIAGUERRA (J. de). Paraplégie avec démence. Dégénérescence pigmentaire pallidonigrique, 592.
 — DANON-BOILEAU (H.), LALISSE (A.), BELTAN et VAN STEENKISTE. Présentation d'un cas de mutisme chez un enfant de 6 ans, 202.
 — et FELD (M.). Hémisphérectomie gauche pour atrophie cicatricielle chez un enfant droitier. Discussion de l'acquisition post-opératoire du langage, 381.
 — DANON-BOILEAU (H.) et LALISSE (A.). Présentation et discussion d'une encéphalopathie infantile acquise évolutive, 380.
 — LEBOVICI (S.), AZIMA (H.) et FAURE (H.). Psychose délirante systématique à base d'interprétation chez une fille de 14 ans, 82.
 — et GIABICANI (A.). Le sens de la mort chez l'enfant, 241.
 — TEYSSEYRE (Mlle J.), ENET (Mlle) et TATSOGLOU. Un cas de bégaiement, 205.
 — PAUPE (J.) et MARTINET (Mlle). Un cas de tic d'aboiement, 200.
 HEYRAUD (J.). v. *Bailliar*.
 HEYWARD (H.). v. *Mignot*.
 HILL (Lewis-B.). Personnalités infantiles, 399.
 HIMBERT (J.). v. *Pocidalo*.
 HINES (H.-M.). v. *Brown*.
 HOCH (P.-H.). Psychoses produites expérimentalement, 136.
 HOFF (H.). Les relations entre le lobe pariétal droit et le lobe pariétal gauche, 114.
 HOFFMAN (G.-R.) et HAENE (A. de). Quelques remarques au sujet de la technique de la leucomie frontale, 105.
 HOOD (M.-C.). v. *Jarvie*.
 HOREAU (J.). v. *Picard*.
 HOUDART (R.), LECASBLE (R.), DREYFUS-BRISAC (C.) et DONDEY (M.). Décharges électriques positives et négatives dans une épilepsie bravaiss-jacksonienne. Essai d'interprétation, 405.
 — v. *Castaigne*.
 HOUGARDY. L'occultisme, péril social ? 768.
 HUIDOBRO (H.). v. *Valette*.
 HUNZIKER (W.). L'association suisse d'aide en faveur des épileptiques, 287.
 HURIEZ (C.). v. *Gernez*.
 HUSTON (P.-E.) et SENF (R.). Psychopathologie de la schizophrénie et de la dépression. Effets de l'amytal et du sulfate d'amphétamine sur le niveau et la durée de l'attention, 396.

IANCU. v. *Urechia*.

IEOR (L.-J.). Des états anxieux et de leur traitement par les injections intraveineuses d'acétylcholine, 423.

— Scolies sur les états d'âme et la vitalité, 610.
 IGERT. La privation de soins maternels, 750.
 IM OBERSTEG (J.). Le placement administratif des buveurs à Bâle, 770.
 INMAN (W.-S.). La lune, les saisons et l'homme, 279.
 INWOOD (E.-R.). Entretiens thérapeutiques avec les parents ayant des réactions hostiles, 426.
 ISRAËL (L.). v. *Kammerer*.
 IZARN (P.). v. *Margariot*.

J

JACOB (P.). v. *Périn*.
 JAMAIN. v. *Cheyamol*.
 JANEON (M.), BERTRAND (L.), SALVAING (J.) et BARJON (P.). Méningite tuberculeuse terminale après traitement hormonal d'une leucose aiguë, 406.
 — — — et MIMRAN (R.). Tétanos grave de l'enfant guéri après hibernation artificielle prolongée pendant 7 jours. (Présentation de malade), 436.
 — — — et MINVIELLE (J.). Névrite aiguë avec hémisindrome du tronc cérébral. Evolution favorable sous traitements hormonal (A.C.T.H.) et antibiotique (terramycine) combinés, 295.
 — — — et BARJON (P.). Méningite aseptique au cours du traitement par A.C.T.H. d'une maladie de Bouillaud avec bactériémie à streptococques, 407.
 JANSSENS (P.-J.). v. *Van Bogaert*.
 JANY (P.). v. *Ribadeau-Dumas*.
 JARIA (A.). Contribution à la thérapeutique des psychoses épileptiques par le « blocage végétatif » (méthode Balsi), 424.
 JARVIE (H.-F.) et HOOD (M.-C.). Manie aiguë délirante, 256.
 JASPERS (K.). Strindberg et Van Gogh, Hoelderlin, Swedenborg, 122.
 JAVALET. v. *Ferey*.
 JEAN (R.). v. *Chaptal (J.)*.
 JECH (R.-K.). La collaboration du psychologue et du psychiatre dans l'hygiène mentale industrielle, 621.
 JÉQUIER (M.). Encéphalites pseudo-tumorales. Etude anatomo-pathologique de 5 cas, 267.
 JÉRI (R.), CACÈRES (G.) et STELLA (J.-A.). Réaction de Jarisch-Herxheimer dans la neurosyphilis, 149.
 JERME (R.) et GEREBTZOFF (M.-A.). Note préliminaire sur l'application d'une réaction de Mendelief simplifiée au diagnostic des tumeurs intracrâniennes, 154.

JOB (J.-C.). v. *Boudin*.
 JOHNSON (O.) et EHRENBERG (R.). Corrélation des résultats de la lobotomie d'après les types réactionnels de base, 438.
 JOLIVET (B.). v. *Abély (P.)*.
 JONES (H.-B.). v. *Simon*.
 JOUFFROY (Mlle J.). v. *Kammerer (Th.)*.
 JOURDAN (F.). v. *Bailliar*.
 JULLIEN (G.). Oxycarbonisme chronique professionnel et sinistrose, 242.
 — v. *Merland*.
 JUREDIEU (A.). v. *Michaux*.

K

KADINSKY (D.). Signification psychologique profonde des tendances aperceptives dans le test de Rorschach, 608.
 KAHN (E.). Maturité et maturation, 274.
 KAHN (R.-L.). v. *Weinstein*.
 KALMANSON (Mlle D.). v. *Lebovic*.
 KAMMERER (Th.) et EBINGER (R.). Le 4560 R.P. (Iargactil) dans le traitement du delirium tremens, 102.
 — JOUFFROY (Mlle J.) et DURAND DE BOUSINGEN (R.). Un cas d'intoxication oxycarbonée avec troubles neuro-psychiatriques consécutifs, 730.
 — ROHMER (Fr.), ISRAËL (L.) et DURAND DE BOUSINGEN (R.). Etude préliminaire des corrélations entre l'état mental et l'électro-encéphalogramme chez les épileptiques à tracés très perturbés, 98.
 — SINGER (L.) et RUCH (R.). Statistique des alcooliques à la clinique psychiatrique de Strasbourg, 101.
 KAMP (L.-N.-J.). Les psychoses chez l'enfant, 129.
 KANE (El.-D.). Des différentes indications pour l'emploi de l'acide glutaminique, 774.
 KANIZSA (G.). Légitimité d'une analyse du processus perceptif fondée sur une distinction en « phases » ou « stades », 608.
 KANNER (L.). La conception de l'autisme infantile précoce, 136.
 KARAAGAC (I.). v. *Baruk*.
 KAREL-EVRARD (A.). Sur la signification pathopsychologique de l'attitude négativiste, 389.
 KARPE (R.) et SCHNAP (I.). Nostopathie ou retour à la maison considéré comme pathogène, 404.
 KARPMAN (Ben.). Insécurité dans la recherche de la sécurité, 398.
 KEELER (W.-R.) et BENDER (L.). Etude sur le devenir d'enfants qui ont présenté des désordres du comportement et qui ont été atteints de chorée de Sydenham, 752.

- KENNIS (J.-P.), v. *Picard*.
 KERLAU (J. Caderas de), v. *Chaptal*.
 KETELAER (Ch.-J.), Sur la séméiologie et l'évolution d'anévrismes intracranien chez les syphilitiques, 138.
 KETY (S.), v. *Seymour*.
 KHOLER. Sur la pédagogie des retardés, 743.
 KIELHOLZ (A.). A propos d'un domaine psychique intermédiaire, 398.
 KIFFEL (M.), v. *Thiébaux (M.)*.
 KINBERG (O.). Les situations psychologiques précriminelles révélatrices des caractères de l'état dangereux, 780.
 KLEIN (D.), v. *Franceschetti*.
 KLEIN (Mme F.), v. *Gennes*.
 KLENK (E.), v. *Van Bogaert*.
 KLINE (N.-S.) et OPPENHEIM (A.). Des facteurs constitutionnels dans le pronostic de la schizophrénie, 397.
 KLOTZ (H.-P.) et AVRIL (J.). Myxœdème d'origine centrale, 157.
 KNEZEVIC (S.) et KNEZEVIC (M.). Contribution à l'anatomie pathologique du syndrome neurotoxique des diarrhées chez les nourrissons, 148.
 KNOLL (W.). Considérations sur le problème droite-gauche, 285.
 KOECHLIN (Mme), v. *Dublieau*.
 KOHLER (Cl.) et FARGEOT (G.). Les conséquences neuro-psychiatriques précoces et tardives des brûlures chez le jeune enfant, 129.
 KOHN-ABREST. Intoxication mortelle par le parathion (triphosphate de diéthyl et parantrophényl), 596.
 KOUFERNIK (C.), v. *Marie (J.)*.
 KOURETAS (D.). Contribution à la psychobiologie des masses, 274.
 KRAL (V.-A.), v. *Dörken*.
 KRAPP (E.-E.). Angoisse, tension, relaxation, 126.
 KUHN (R.). L'analyse existentielle en psychothérapie, 412.

L

- LAEAU (R.), v. *Chaptal (J.)*.
 — v. *Gros (Cl.)*.
 LABORDE (P.), v. *Oulès*.
 LAEOUCARIÉ (J.) et BARRES (P.). Délire de filiation et lobotomie 577.
 — — et ANDRÉ (Mlle J.). Résultats thérapeutiques différés et résultats entretenus après lobotomie, 574.
 LACAFÈRE, v. *Becq*.
 LACASSIE (R.). L'énurésie, 746.
 LAERE, v. *Van Laere (J.)*.
 LAET (M. de). Les effets de la douleur sur l'équilibre ionique du sang, 119.
 — NELSI (P.) et LAFONTAINE (A.). Influence de la douleur sur le pH sanguin, 415.

- LAFON (R.), v. *Aimès (A.)*.
 — v. *Billet (J.)*.
 — v. *Euzière*.
 — v. *Pagès*.
 LAFONTAINE (A.), v. *Lael*.
 — v. *Nélis*.
 LAINÉ (B.), v. *Delay (J.)*.
 LAIRY-BOUNES (G.-C.), v. *Petit-Dutaillis*.
 LALISSE (A.), v. *Heuyer*.
 — v. *Porcher*.
 LA LOGGIA (M.). Leucotomie préfrontale transorbitaire, 439.
 LALOUM, v. *Lebovici*.
 LAMACHE (A.), DAVOST, CHUBERRE et DELALANDE. La sénilité précoce des alcooliques, 259.
 LANG (Fr.). Un cas de guérison de bégaiement par la chlorpromazine, chez un garçon de 15 ans, débile mental, 733.
 LANGERON (L.). De l'obésité gynôide à l'obésité androïde. L'hypercorticisme œstrogénique, 155.
 — Syndrome de Bahinski-Frœlich avec anémie grave. De l'obésité gynôide à l'obésité androïde, 420.
 LANGFELDT (G.). Le diagnostic de schizophrénie, 133.
 — Subdivision clinique du groupe schizophrénie, 133.
 LANTER (R.) et MAGIER (C.). Un cas de myoclonie hystérique, 729.
 LAPRESLE (J.). Les lésions cérébrales des brûlés, 759.
 — v. *Garcin*.
 LAPEYSSONIE (L.). Conclusions tirées de l'emploi des réactions classiques pour le diagnostic de la syphilis dans le sang et les liquides céphalo-rachidiens normaux chez le Noir africain. Etude de la réaction du V.D.R.L. et des techniques de Suchet, 416.
 LARMANDE (A.-M.) et TOULANT (Mlle M.). Le danger pour l'œil des prescriptions médicales et chirurgicales d'atropine et de belladone, 296.
 LARUE (G.-H.), v. *Nadeau (G.)*.
 LATOUR (H.), v. *Chaptal (J.)*.
 LAUNAY (C.) et SOULÉ (M.). L'adoption. ses données médicales et psychosociales, 606.
 LAUNAY (Mme C.) et DESRIAC (P.). Audimutité chez deux jumelles identiques, 594.
 LAUNAY (J.), v. *Baruk (H.)*.
 LAURAS (A.), v. *Delay*.
 LAURENT (F.), v. *Coste*.
 LAZARINI (L.), v. *L'Epee (P.)*.
 LAZORTHES (G.) et CAMPAN (L.). L'hibernation artificielle en chirurgie cérébrale (note préliminaire), 435.
 — v. *Géraud*.
 — v. *Riser*.
 LEBASCLE (J.). Données récentes dans l'investigation électro-encéphalographique, 617.

- LE BEAU (J.), DAUM (S.) et FONCIN (J.-F.). Résultats de la leucotomie sous-corticale dorsale des pôles frontaux dans un cas de myoclonie-épilepsie avec clonies rythmées continues des membres supérieurs, 591.
- et GACHES (J.). Sur la chirurgie pré-frontale sélective et en particulier sur la cingulectomie, 778.
- *Discussion*, 64.
- LEBORGNE (F.). v. *Thiébaux (M.)*.
- LE BOURHIS (J.). v. *Boudin*.
- LEBOVICI (S.), DANON-BOILEAU (H.), BENHAMOU (Mme F.) et BARBIER (M.). Débilité mentale évolutive, présentation de malades, 497.
- PAUMELLE (P.), LALOUM et KALMANSON (Mlle D.). Deux cas de schizophrénie infantile, présentation de malades, 494.
- ROUMAJON (Y.), MORIN (G.) et BOURREAU (Mlle). Deux cas de schizophrénie de l'adolescence, présentation de malades, 495.
- PAUMELLE (P.) et SIMATOS. Deux cas de paralysie générale infantile, présentation de malades, 488.
- v. *Heuyer*.
- LECABLE, v. *Castaigne*.
- LECASBLE (R.). v. *Houdart*.
- LÉCHELLE (P.), PETIT-DUTAILLIS (D.), THÉVENARD (A.) et GOUIS (R.). Angiome occipital avec hémorragie cérébroméningée. Intervention. Guérison avec agnosie visuelle temporaire, 434.
- LECONTE (M.). A propos du secret médical dans les hôpitaux psychiatriques et du respect de la nature confidentielle de la correspondance des médecins-chefs de service, 580.
- Du respect de la nature confidentielle de la correspondance des médecins-chefs de service des hôpitaux psychiatriques et du secret des diagnostics dans les certificats de maladie, 585.
- *Discussion*, 66, 194, 197, 228, 232, 353, 560.
- LECOQ (R.). Etude pathogénique et thérapeutique des crises de delirium et des polynévrites observées chez les alcooliques chroniques, 258.
- Hypertension artérielle et alcoolisme chronique, 258.
- Les perturbations humérales observées chez l'alcoolique chronique, 418.
- Le rôle des facteurs lipotropiques dans le métabolisme perturbé de l'alcool éthylique, 418.
- Dépistage et interprétation des perturbations humérales et sanguines des alcooliques chroniques, 619.
- Quelques mots sur l'alcoolisme, 622.
- LEFEVRE (J.). v. *Alajouanine*.
- v. *Albe-Fessard*.
- LEFEVRE (L.). v. *Brull*.
- LEGAIT de RAMAIN (Mme H.). L'infiltration néoplasique des nerfs périphériques, 149.
- LÉGER (L.). A propos du traitement chirurgical de la myasthénie grave, 293.
- v. *Thévenard*.
- LEGGIER (G.). Un cas de psychose par streptomycine, 260.
- LEGROS, v. *Gheymol*.
- LELORD (G.). v. *Baruk*.
- LEMAIRE (A.). v. *Alajouanine*.
- LEMBERGER (Mme M.). L'étude de la personnalité infantile au moyen du dessin, 272.
- LE MEME, v. *Fau (R.)*.
- LEMÈRE (Fr.). Ce qui arrive aux alcooliques, 773.
- LENG-LÉVY (J.). v. *Creyx (M.)*.
- LÉONARDIS (L. de). Contribution à l'étude de la cytoarchitectonie de la corne antérieure de la moelle épinière humaine, 146.
- LÉONET (A.). Le test de Rorschach en médecine légale, 779.
- L'EPÉE (P.), PAUTRIZEL (R.) et LAZARINI (L.). Les méthodes actuelles de diagnostic biologique de la syphilis en médecine légale et en médecine sociale, 119.
- LÉPINE (P.), BARSKI (G.), GÉRAUD de BRION et MONACI (V.). Culture « in vitro » du virus poliomyélitique sur tissu humain adulte, 621.
- LEPINTRE (J.). v. *Marie (J.)*.
- LEPOIRE (Fr.). v. *Rousseaux*.
- LEPRAT (J.). v. *Gennes (L. de)*.
- LERICHE (R.). De la nature des troubles trophiques ; importance vraisemblable de ces troubles dans la physiologie pathologique tissulaire, 764.
- LERIQUE-KœCHLIN (A.). v. *Debré*.
- LEROY (B.). v. *Baruk (H.)*.
- LEROY (C.). v. *Montassut*.
- LEREBOULET (J.) et PLUVINAGE (R.). Troubles de la marche d'allure pithiatique ; atrophie cérébrale, 400.
- et DELARUE (R.). Le traitement du petit mal par le diméthylloxazolimédione (parédione), 293.
- VIDART (C.) et THOMAS (J.). Le traitement du petit mal par le méthylphénylsuccinimide, 776.
- VIDART (L.), DELARUE (R.) et GASTEAU (E.). La cure de désintoxication alcoolique chez l'épileptique, 425.
- v. *Decourt (J.)*.
- LETAILLEUR (M.), SCHMIDT (P.) et WICKER (M.). Accidents mentaux de la thérapeutique cortisonique, 530.
- *Discussion*, 378.
- LEVERNIEUX (J.). La traction vertébrale, 292.

- LEVIN (M.). Du délire : une lacune dans l'enseignement psychiatrique, 255.
- LEWIN (W.) et PHILLIPS (C.-G.). Observations sur l'ablation du gyrus post-central contre les douleurs, 291.
- LEWIS B. HILL. v. *Hill*.
- LEY (A.). Journées criminologiques hollando-belges, Bruxelles, 10-12 septembre 1953, 120.
- Le refus de manger, dit « grève de la faim » chez les prisonniers, 296.
- Psychologie du jeu et du sport, 609.
- LEY (J.). La tentation psycho-chirurgicale, 102.
- Psycho-chirurgie, 383.
- LEY (R.-A.). v. *Brihaye*.
- LHERMITTE (F.). v. *Castaigne*.
- LHERMITTE (J.). Des rapport de l'image corporelle avec les lésions du lobe pariétal, 114.
- AJURIAGUERRA (J. de) et MOURGUE (R.). Hémicanitie (hémipoliose) post-traumatique, 404.
- LIEFMANN (E.). Problème des recherches scientifiques sur les empreintes manuelles chez les personnes normales et celles malades mentalement, 404.
- LIEUX, MASSON (H.) et MICHALLET. Deux cas de vertige, type Ménière, guéris par implantations d'amnios, 294.
- LIEVRE (J.-A.), MARTINET (Mlle Y.), PÉAN (G.) et WATTEBLED (R.). Trois cas d'intoxication barbiturique gravissime traités par la picrotoxine, 777.
- LIFSCHITZ. v. *Baruk*.
- LINDGREN (F.-T.). v. *Simon*.
- LINN (L.). v. *Weinstein*.
- LISSITZKY (S.). v. *Roche*.
- LOGGIA. v. *La Loggia (M.)*.
- LOGRE (B.). *Discussion*, 496.
- LOMBARD (P.) et DESCUNS (P.). L'intervention systématique dans les paralésies du mal de Pott chez l'enfant et l'adolescent, 442.
- LÔO (P.). *Discussion*, 219, 228.
- LOOSLI-USTERI (Mme M.). L'homme « normal » vu à travers le test de Rorschach, 607.
- LORENZINI (G.). La maturation de l'enfant à la vie sociale, 751.
- LORRAIN (A.). v. *Graux*.
- LOUBATIÈRES (R.). v. *Chaptal (J.)*.
- LOUBET (R.). v. *Brustier*.
- LOVETT DOUST (W.). Etudes sur la physiologie de la conscience : données oxymétriques du rôle de l'anoxie dans certains états psychiatriques, 150.
- LOWENTHAL (A.). Détermination de la teneur en potassium du liquide céphalo-rachidien normal en pathologique, 106.
- LUMBROSO (P.). v. *Siguier*.
- LUCENA (J.). Modifications psychologiques observées dans le décours du choc hypoglycémique de Sakel, 390.
- LUMIA (V.). Le pronostic des lésions cérébro-vasculaires, 137.

M

- MACHAY (W.-S.). De la mort due au traitement, 427.
- MACHOVER (S.). v. *Saltzman*.
- MACKEN (J.). v. *Rodermecker*.
- MAGE (J.) et PIÉRARD (J.). Le syndrome de Melkersson-Rosenthal, 410.
- v. *Brihaye*.
- MAGIER (C.). v. *Lanter (R.)*.
- MAHOUDEAU (D.), DAUM (S.), DUBRISAY (J.) et BRÉGEAT (P.). Sur les voies de conduction du réflexe cornéen. A propos d'un cas de syndrome de Wallenberg, 381.
- et MOUX (A.). Altérations électro-encéphalographiques de type comitial chez une malade présentant des accidents nerveux d'allure pithiatique, 400.
- MAJLUF (E.). Idiotie amaurotique. Cas anatomo-clinique, 129.
- MALAMUD (N.). v. *Simon*.
- MALLART (J.). Disposition de la mentalité mondiale pour les applications sociales de la psychotechnie, 274.
- MALMÉJAC (J.) et PLANE (P.). Etude à l'aide du réflexe conditionnel salivaire chez le chien, de dysfonctionnements nerveux supérieurs consécutifs à des agressions diverses : aspects techniques et physiologiques, 279.
- et BOGAERT (E.). Influence de l'anoxie et de l'ischémie sur les fonctions nerveuses supérieures. Etude expérimentale, chez le chien, à l'aide du réflexe salivaire conditionnel, 762.
- MALRIEU (Ph.). Les origines de la mémoire chez l'enfant, 609.
- v. *Fernandez*.
- MANCINI (E.). Maladie de Pick chez un sujet atteint d'obésité diencéphalo-hypophysaire par kystes du pédoncule hypophysaire, 766.
- MANDE (R.), DESCLAUX (P.), SOULAIRAC (A.) et BEUCHER. Sur 33 cas groupes d'intoxication aiguë par le gardénal dans un établissement d'enfants, 777.
- MARCHAIS (P.). v. *Bachet (M.)*.
- MARCHAND (L.), ACHALLE (J.) et PERRIN (J.). Un cas de sarcomatose méningée, 484.
- *Discussion*, 353, 491, 518, 693, 716.
- v. *Abély*.

- MARGAROT (J.), RIMBAUD (P.), IZARN (P.) et COMBIER (C.). Syphilis congénitale avec dystrophies diverses et encéphalopathie remontant à l'enfance, 401.
- MARIE (J.), KOUPEERNIK (C.), SALET (J.), LEPINTRE (J.) et HAZARD (J.). Absès du lobe temporal droit à début encéphalitique et à symptomatologie psychiatrique, 755.
- SALET (J.), BOISSIÈRE (H.), MENIBUS (C. de) et HAZARD (R.). Mesures humorales au cours d'une toxicose, 620.
- MARIEN (J.). v. *Sausse*.
- MARQUÈS (Mlle J.-M.). v. *Thévenard*.
- MARTIMOR (E.). *Discussion*, 509.
- v. *Abély*.
- MARTIN (C.-A.) et NADEAU (G.). L'oligophrénie phénylpyruvique, 128.
- MARTIN (L.-A.), DELON (Mme J.), GRÉVIN (J.), CATALA (L.) et FÉLIX (Mme J.). Sur un procédé de diagnostic biologique par mise en évidence du virus dans les formes méningées de la poliomyélite, 280.
- v. *Blanc*.
- MARTIN (Mme P.). v. *Thieffry* (S.).
- MARTIN (G.). v. *Gros*.
- MARTIN (R.). v. *Hadengue*.
- MARTINET (Mlle Y.). v. *Heuyer* (G.).
- v. *Lièvre* (J.-A.).
- MASSA (H.). v. *Nélis*.
- MASCIOCCHI (A.). v. *Renzi*.
- MASSIGNAN (L.). Contribution à la connaissance des dermoïdes et des épidermoïdes spinaux, 615.
- MASSION-VERNIORY (L.) et DUMONT (E.). Remarques à propos de la leucotomie, 104.
- MASSON (H.). v. *Lieux*.
- MATET (Y.). v. *Cathala*.
- MATHIS (M.) et CAHN (R.). Recherches sur les troubles psychomoteurs de l'adolescent arriéré, 730.
- MATHIS (M.) et ROMPEL (Mlle Y.). Recherches sur la motricité chez l'enfant arriéré, 101.
- et WACKENHEIM (A.). Un cas de gargoylisme. Ses formes frustes. La valeur de la ponction-biopsie du foie, 729.
- MATTOS PIMENTA (A. de). v. *Vizzotto*.
- MAYER (A.). Cinquante ans de physiologie, 276.
- MAZARS (Mme Y.). v. *Sigwald*.
- MAZOUÉ (H.). v. *Chauchard*.
- MEADE (L.-W.). v. *Funkenstein* (D.-H.).
- MEDEA (E.). L'agalmatorémaphobie (la peur de la statue parlante), 132.
- MEERWEIN (F.). L'origine, le contenu et la forme des poèmes de schizophrènes, 134.
- MEILI (R.). Gestalt et organisation psychique, 758.
- MELZER (Mlle R.). v. *Baruk*.
- MENEGHEL (G.). Le bromure d'acétylcholine intraveineux dans les formes schizophréniques, 775.
- MENGOLI (G.). L'électro-encéphalogramme chez les sujets âgés, 616.
- MENGUS (M.). v. *Singer* (L.).
- v. *Thiébaud*.
- MENIBUS (C. de). v. *Marie*.
- MENZER (D.). v. *Shands* (H.-C.).
- MERCIER (J.). v. *Feuillet* (C.).
- v. *Hacquard* (M.).
- MERLAND (A.) et JULLIEN (G.). Attentats aux mœurs et accusations délirantes, 243.
- MERLE D'AUBIGNÉ (R.) et BÉNASSY (J.). Sympathectomie pré-ganglionnaire dans le traitement des moignons douloureux et des causalgies, 296.
- MESSIMY (R.). v. *Petit-Dutaillis*.
- METZGER (W.). Fondements de la Gestaltpsychologie, 757.
- MEURICE. v. *Piror* (J.).
- MEURILLON (F.). v. *Colin*.
- MEYER (M.). v. *Beley* (P.-L.).
- v. *Singer* (L.).
- MICHALET. v. *Lieux*.
- MICHAUX (L.) et CHAUDERLOT (B.). Résultats fournis par l'examen fractionné du liquide céphalo-rachidien en neuro-psychiatrie infantile, 280.
- FANDRÉ (M.) et TEYSSEYRE (Mlle J.). A propos d'une épilepsie familiale, 745.
- et JUREDIEU (A.). Les facteurs de localisation dans les processus psychosomatiques de l'enfance, 130.
- et ROGER (R.). Epilepsie occipitale avec hallucinations lilliputiennes et obtusion psychique chez un enfant de 8 ans. Action radicale de la pneumothérapie cérébrale sur les crises et le retard scolaire, 401.
- MICHEL (R.). v. *Roche*.
- MICHEL-LAURIAT (Mme H.). L'angoisse et l'agressivité chez l'enfant, 747.
- MIDON (R.). v. *Rousseaux*.
- MIGNOT (H.), DENIS (J.-B.) et HEYWARD (H.). Cure de Sakel. Réaction allergique. Cortisone, 528.
- MILLER (A.). v. *Cornall* (A.-G.).
- MIMRAN (A.). v. *Janbon*.
- v. *Puech* (A.).
- MINKOWSKI (E.). La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes, 387.
- La notion de compensation en psychopathologie, 395.
- La spontanéité (...le mouvement spontané que voici), 411.
- *Discussion*, 64, 88, 353.
- MINVIELLE (J.). v. *Aimès* (A.).
- v. *Gros*.
- v. *Janbon*.
- v. *Passouant*.
- MIROUZE (J.). v. *Boulet* (P.).

MONACI (V.). v. *Lépine*.
 MONKE (J.-V.). Thérapeutique électro-convulsive après intervention chirurgicale consistant en une coarctation aortique par implantation d'une isogreffe aortique, 431.
 MONIZ (E.) et GUERRA (M.). Séméiologie angiographique des anévrysmes, varices et angiomes du cerveau, 111.
 MONNEROT-DUMAINE. Un syndrome méconnu : l'asthénie d'involution (asthénie ménopausique), 768.
 MONTASSUT (M.), GACHKEL (V.) et LE ROY (C.). La carbonarcose. Indications générales et résultats personnels, 358.
 MONTEAGUDO (E.). v. *Alayza Escardo* (Fr.).
 MONTRIEUL (B.). v. *Thibaut*.
 MOORE (M.-T.). Leucotomie transorbitaire, 290.
 MOOR (Mlle L.). v. *Daumézou*.
 — v. *David*.
 MOREL (F.), BURGERMEISTER (J.) et DICK (P.). Enregistrement photographique des mouvements des globes oculaires dans différentes activités cérébrales, 107.
 MOREL (F.) et WILDI (E.). Aperçu de quelques études d'anatomie pathologique de la clinique de Bel-Air, 106.
 — De la capacité des ventricules cérébraux en fonction de l'âge et la présence de plaques séniles et d'altérations d'Alzheimer, 413.
 MORELLE (J.). v. *Gehuchten*.
 MORIN (G.), GASTAUT (H.), VIGOUROUX (R.) et ROGER (A.). Provocations des principales manifestations cliniques de l'épilepsie dite « *temporale* » par stimulation des structures rhinencéphaliques chez le chat non anesthésié, 414.
 MORIN. v. *Lebovici*.
 MORSIER (G. de). Agénésie des lobes olfactifs (dysraphie latérale) et des commissures calleuse et antérieure (dysraphie médiane). Révision de la question de l'« arhinencéphalie », 243.
 — et FELDMANN (H.). Un cas anatomoclinique d'encéphalopathie arsenicale, 144.
 MOSER (U.). A propos du test de Szondi. Epreuve de validation, diagnostic aveugle et problème nosologique, 625.
 MOUCHET (E.). Traité des passions, 391.
 MOUREAU (P.). B.A.L. et médecine légale, 596.
 MOUREN (P.). v. *Audier*.
 MOURGUE (R.). v. *Lhermitte* (J.).
 MOURIQUAND (G.). Test « du redressement brusqué » et comportement

psycho-neuro-musculaire de l'enfant, 742.

MOUY (A.). v. *Mahoudeau*.
 MULLER (P.-H.). Emotions et médecine légale, 118.
 MURATORE (R.). La régulation nerveuse de l'hématopoïèse, 605.
 — v. *Olmer* (J.).
 MUTRUX (S.) et BARBEZAT (C.). Un cas de pseudo-sclérose de Westphal-Strumpell avec troubles mentaux, 109.

N

NADEAU (G.) et LARUE (G.-H.). Nouvelle étude sur le cholestérol sanguin dans la schizophrénie, 763.
 — v. *Martin*.
 NAGERA (A.-V.). Réflexions sur la psychothérapie existentialiste, 771.
 NAQUET (R.). v. *Gastaut*.
 — v. *Poursines*.
 NAVILLE (P.). La cristallisation de l'illusion professionnelle, 753.
 NEHIL (J.). v. *Alajouanine*.
 NÉLIS (P.), LAFONTAINE (A.), NASSA (H.), CLEEMPOEL (Mme S.) et COMER (F.). Contribution à l'étude du pouvoir encéphalitogène latent des souches vaccinales, 280.
 NELSI (P.). v. *Laet*.
 NÉRI (V.) et PAIS (C.). Les symptômes supralésionnels dans les compressions médullaires, 141.
 NEWMAN (P.-P.). Etudes électromyographiques des états émotionnels chez des sujets normaux, 763.
 NICEFORO (A.). Symptômes psychopathologiques dans les sublimations de l'art. « Les Fleurs du Mal », de Charles Baudelaire, 403.
 NICK (J.). v. *Alajouanine*.
 — v. *Boudin*.
 NISTRI (M.). Compression médullaire par hernie du disque entre 4^e et 5^e vertèbres cervicales, 141.
 — Etude d'une épreuve gestaltique (épreuve des « actes interrompus et du complètement des actes ») appliquée à la psychopathologie de l'âge involutif, 255.
 — Eléments de bibliothérapie, 427.
 NIZARD (Mlle). v. *Daumézou*.
 NOBILE (C.). La névralgie du glosso-pharyngien, 269.
 NORRY. v. *Torres-Norry* (J.).
 NUTTIN (J.). Tâche, réussite et échec. Théorie de la conduite humaine, 249.
 NYPELSEER (J.-L. van). Psycho-chirurgie, 384.

O

- OBERSTEG. v. *Im Obersteg* (J.).
 ODENWALD (R.-P.). Psychothérapie contre la volonté du malade, 771.
 OLIVECRONA (H.). Traitement chirurgical des anévrysmes artério-veineux et des tumeurs vasculaires du cerveau, 113.
 OLMER (J.), PAILLAS (J.), ROGER (J.), MURATORE (R.) et BADIER (Mlle M.). Manifestations ganglionnaires au cours de traitements par la méthyl-3-phényl-éthyl-5-5-hydantoïne, 776.
 OLTMAN (J.-E.), MCGARRY (J.-J.) et FRIEDMAN (S.). De la privation des parents et de la suppression du foyer familial dans la démence précoce et autres troubles mentaux, 134.
 OPPENHEIM (A.). v. *Kline*.
 OULÈS (J.), SAUCET (Mlle D.) et LABORDE (P.). Une expérience de psychothérapie de groupe chez des alcooliques internés, 72.

P

- PAGÈS (A.). v. *Puech* (A.).
 PAGÈS (P.) et CAZABAN (R.). Les élargissements du champ visuel périphérique après cisternographies dans les arachnoïdites optochiasmatiques post-traumatiques, 441.
 — COLL DE CARRERA (J.), LAFON (R.) et BILLET (B.). Psychose puerpérale guérie après 16 mois d'évolution par une thérapeutique endocrinienne, après échec de thérapeutique de chocs, 775.
 PAILLAS (J.). v. *Olmer* (J.).
 — v. *Roger*.
 PAIS (C.). v. *Néri*.
 PALLADINE (A.). Recherches sur la biochimie du cerveau, 615.
 PARAIRE (J.). *Discussion*, 232.
 — v. *Hamon*.
 PARIN (P.). Atrophie du nerf optique par artériosclérose de l'artère carotide interne, 268.
 PASSOUANT (P.) et MINVIELLE (J.). Etude de la réaction d'éveil provoquée par l'infiltration péricarotidienne de novocaïne, 594.
 — v. *Chaptal* (J.).
 PAUGAIN (M.). v. *Beaudouin* (M.).
 PAUL (R.). Genèse de l'érotisme dans les troubles mentaux de la femme, 146.
 PAUMELLE (P.). v. *Lebovici*.
 PAUNCZ (A.). Le concept de libido de l'adulte et le complexe de Lear, 146.
 PAUPE (J.). v. *Heuyer*.
 PAUTRIZEL. v. *L'Epée* (P.).
 PEAN (G.). v. *Lièvre* (J.-A.).
 PECKER (J.). v. *Guillaume*.
 PELG (S.) et CUMINGS (J.-N.). La teneur en acide citrique du liquide contenu dans les kystes de tumeurs cérébrales et du liquide céphalo-rachidien ventriculaire et lombaire, 620.
 PELLICANO (S.). Considérations et contributions au problème de la psycho-chirurgie, 437.
 PENFIELD (W.). Ablation du cortex anormal dans la paralysie cérébrale infantile, 290.
 PÉQUIGNOT (H.). Médecine et monde moderne. L'écran des techniques entre le médecin et le malade, 738.
 PÉRIN (J.). v. *Derot*.
 PÉRIN (L.), JACOB (P.) et AILNOVSKY (Mlle L.). Néphrite aiguë mortelle post-bismuthique, 427.
 PÉRON (N.). v. *Ribadeau-Dumas*.
 PERRIN (J.). v. *Marchand*.
 PERTUISET (B.). v. *Delmas*.
 — v. *Haquenau*.
 — v. *Petit-Dutaillis*.
 PETIT-DUTAILLIS (D.), FISCHGOLD (H.), PERTUISET (B.) et LAIRY-BOUNES (G.-C.). Bases du traitement de l'épilepsie non tumorale par l'excision corticale, 288.
 — et ROUGERIE (J.). Progrès réalisés à la clinique neuro-chirurgicale de la Pitié, de 1949 à 1952 dans la localisation et le dépistage des tumeurs cérébrales par l'électro-encéphalographie et l'artériographie, 434.
 — GUIOT (G.) et DAMOISEAU (B.). Premiers essais d'application de certains ganglioplégiques aux accidents vasculaires aigus du cerveau, 432.
 — MESSIMY (R.) et BOURDILLON (Ch.). A propos d'une aphémie par atteinte de la zone motrice supplémentaire de Penfield, ou de l'évolution d'un anévrysme artérioveineux. Guérison de l'aphémie par ablation de la lésion, 593.
 — et WEILL (B.). A propos d'un membre fantôme douloureux de type cortical pur, sans douleur du moignon, avec comportement psychique normal. Discussion pathogénique et thérapeutique, 238.
 — v. *Léchelle*.
 PETTAZZONI (R.). La confession des péchés. Essai d'interprétation générale, 610.
 PHILIPPIDÈS (D.). v. *Thiébaud*.
 PHILLIPS (C.-G.). v. *Lewin*.
 PIAGET (J.). Ce qui subsiste de la théorie de la Gestalt dans la psychologie contemporaine de l'intelligence et de la perception, 758.
 PICARD (R.), HOREAU (J.), KENNIS (J.-P.), HARDY (M.), GUINOT (U.) et RAN-

- GE (J.). Tumeur cortico-surrénale chez un garçon de 14 ans avec hyperfolliculinisme, 156.
- PICHON (E.). Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Evolution normale, Pathologie. Traitement (Manuel d'étude), 127.
- PIÉRARD (J.). v. *Mage*.
- PIÉRON (H.), FESSARD (A.) et FRAISSE (P.). L'année psychologique, 390.
- PIERSON (C.-A.). Quelques aspects de l'adolescence, 751.
- PIETTE (M.). v. *Siguier*.
- PIMENTA (A. de Mattos). v. *Vizzotto*.
- PINDEL. A propos du 3^e congrès international de criminologie, 242.
- PIRON (J.) et MEURICE. Corrélations électro-cliniques entre l'électro-encéphalogramme, l'examen neuro-psychiatrique et les conclusions médico-légales, 736.
- PLANE (P.). v. *Malméjac (J.)*.
- PLANQUES (J.) et GRÈZES-RUEFF (Ch.). L'apport de l'électro-encéphalographie à l'expertise mentale de l'adulte, 597.
- v. *Riser*.
- PLICHET (A.). Le haschisch, 768.
- PLUCHINO (G.). Les réflexes cardio-aortiques et sinu-carotidiens, 151.
- PLUVINAGE (R.). v. *Lereboullet (J.)*.
- POCHARD (Mlle). v. *Carrère*.
- POCIDALO (J.-J.), HIMBERT (J.) et TARDIEU (C.). Sur l'excitabilité du sympathique. Influence de quelques drogues à ammonium quaternaire, 151.
- v. *Cathala (H.-P.)*.
- POLONI (A.). Sur le traitement avec le disulfure de tétraéthylthiurame d'alcooliques épileptiques et d'épileptiques alcooliques, 425.
- POLOUKHINE (N.). v. *Desbucquois*.
- PONCET (P.). La trachéotomie dans la poliomyélite antérieure aiguë, 443.
- PORCHER (Y.), TRILLAT (E.) et LALISSE (A.). A propos des types de contact avec la réalité et des degrés de réel, 550.
- POROT (M.). Isoniazide et psychisme, 461.
- L'enfant et les relations familiales, 599.
- v. *Duboucher*.
- PORTEUS (S.-D.). Récentes recherches sur le test du labyrinthe de Porteus et la psychochirurgie, 437.
- PORTMANN (M.) et PORTMANN (Mme Cl.). Les fibres cochléaires, 275.
- POSTEL (J.). v. *Cossa*.
- POURSINES (Y.). Les données anatomiques de la neurobrucellose, 147.
- ALLIEZ (J.), ROGER (J.) et NAQUET (R.). Thrombose du tronc basilaire dans un cas d'artério-sclérose précoce. Données anatomo-cliniques, 240.
- CRÉMIEUX (A.), ALLIEZ (J.). Accès confusionnels récidivants au cours du traitement d'une tuberculose rénale, 707.
- POZO (A. del). v. *Del Pozo*.
- PRÉAUT (R.). v. *Guibert*.
- PUCA (A.). Psychochirurgie et criminalité, 299.
- PUECH (A.), COMBIER (Ch.), PAGÈS (A.) et MIMRAN (A.). Encéphalopathie dysmorphique : effet somatotrope dissocié, 755.
- — — et TAILLADE (J.). Pseudo-tabès hypophysaire d'Oppenheim, 766.
- PUECH (J.). v. *Delay*.
- PUJOL (R.). v. *Alliez (J.)*.
- PURKISS. v. *Ubeda Purkiss (M.)*.
- R
- RABINOVITZ (R.) v. *Brahic*.
- RABUT. Réflexions sur le test de Nelson, 417.
- RADERMECKER (J.). Lésions supra-spino-bulbaires dans l'amyotrophie de Werdnig-Hoffmann, 239.
- et MACKEN (J.). Aspects électro-encéphalographiques et cliniques de la leuco-encéphalite sclérosante subaiguë. Leur valeur au point de vue du diagnostic différentiel avec d'autres encéphalopathies subaiguës et certaines tumeurs de l'enfance, 143.
- v. *Van Bogaert (L.)*.
- RAMAIX. v. *Mme H. Legait de Ramair*.
- RAMBERT (M.). Le jeu de guignol, technique de psychothérapie infantile, 750.
- RAMEIX (P.). v. *Clément (R.)*.
- RANGE (J.). v. *Picard*.
- RAPOPORT (Y.). Alcoolisme et glandes endocrines, 281.
- RASKIN (N.), STRASSMAN (G.) et VAN WINKLE (C.-C.). Lésions neuropathologiques post-lobotomiques, 759.
- RAVESCHOT (J.). De l'asomatognosie à l'apraxie constructive, 735.
- RAVINA (A.). Un cas de crampe des écrivains guéri par le trihexiphenidyl, 425.
- RAYMOND (V.). L'alcool est-il un aliment, 619.
- REETH (P. Ch. van). Contribution à l'étude de l'angiomatose médullaire, 139.
- RENAUD (M.). Considérations préliminaires à l'étude de la sénescence ; manifestations et formes cliniques, 152.
- RENTCHNICK (P.). Les accidents provoqués par les antibiotiques, 393.
- RENZI (E. de) et MASCIOCCHI (A.). Altérations thalamiques chez les schizophrènes, 613.

- RETACCHI (L.). v. *Singer* (L.).
- REVESZ (G.). Révision de la Gestalt-théorie, 270.
- REY (J.). v. *Brahic*.
- RIBADEAU-DUMAS (Ch.), PÉRON (N.), GUILLAUME (J.) et JANY (P.). Deux cas d'hématome sous-dural bilatéral à symptomatologie motrice rare. Intervention. Guérison, 591.
- RIBAUCOURT (B. de). v. *Alajouanine*.
- RIBAUT (L.). v. *Géraud*.
- v. *Riser*.
- RIPOLI (B.). Thérapeutique électrique transcérébrale avec courant alternatif à basse intensité, 432.
- RIBSTEIN (M.). v. *Euzière*.
- RIECHERT. v. *Traugott Riechert*.
- RIESE (W.). La plasticité du système nerveux, son essence, son histoire et son utilisation en clinique, 278.
- RIGOTTI (S.) et FONTANARI (D.). Expériences ultérieures sur l'emploi de l'anhydride carbonique selon Meduna en thérapeutique psychiatrique, 424.
- RIMBAUD (P.). v. *Margarot*.
- RINTELEN. v. *Von Rintelen* (F.-J.).
- RISER (M.), AMBUZE-ACHER (H.) et RIBAUT (L.). Tumeur épiphysaire à symptomatologie atypique, 410.
- GLEIZES (L.), RIBAUT (L.) et RISER (A.). Syphilis méningo-radulaire « réactivée » par la pénicilline, 408.
- LAZORTHES (G.), GÉRAUD (J.) et ANDUZE (H.). Deux cas de syndrome de Garcin par anévrysme carotidien intra-caverneux, 239.
- PLANQUES (J.) et RUFFIE (J.). Mort subite d'une jeune femme porteuse d'une hydrocéphalie chronique et d'un pléochromocytome latent, 598.
- v. *Fernandez*.
- RIZZO (C.). Un centenaire étudié au moyen du test de Rorschach, 255.
- Influence de l'âge et du sexe sur le psychogramme de Rorschach, 608.
- ROBERTS (B.-H.), GREENBLATT (M.) et SOLOMON (H.-C.). Des mouvements de l'appareil vocal pendant les hallucinations auditives, 261.
- ROCCA (E.-D.) et ALAYSA ESCARDO (F.). La radiologie dans la tuberculose du système nerveux central, 407.
- ROCHE (J.), LISSITZKY (S.) et MICHEL (R.). Sur la triiodothyronine, produit intermédiaire de la transformation de la diiodothyronine en thyroxine et sur sa présence dans le corps thyroïde, 156.
- ROCHER (Ch.). Elongation et manipulations vertébrales dans les affections douloureuses du rachis, 443.
- RODRIGUEZ-ARIAS (A.) et ESTAPE (Z.). Chirurgie du sympathique dans les affections vasculaires du cerveau, 442.
- ROGÉ (R.). v. *Sigwald*.
- ROGER (A.). v. *Gastaut*.
- ROGER (H.), PAILLAS (J.-E.), BONNAL (J.) et VIGOUROUX (R.). Angiomes de la moelle et des racines, 139.
- ROGER (J.) et ROGER (A.). A propos de deux observations d'encéphalopathie arsénicale. Considérations cliniques, électro-encéphalographiques et thérapeutiques, 144.
- v. *Alliez* (J.).
- v. *Gastaut* (R.).
- v. *Olmer* (J.).
- v. *Poursines* (Y.).
- ROGER (R.). v. *Michaux*.
- ROHMER (Fr.). v. *Kammerer*.
- ROIRON (V.). v. *Sausse*.
- ROJAS (N.). Psychose post-émotionnelle, 398.
- ROMPEL (Mlle Y.). v. *Mathis*.
- RONDEPIERRE (J.). Psychose cortisonique, 374.
- ROBERT (R.). v. *Hamon*.
- ROQUEBRUNE (G.). v. *Descombey* (J.).
- ROSAS (F.-Saly). v. *Sal y Rosas*.
- ROSE (M.). v. *Bowan*.
- ROSOLATO. v. *Abély* (P.).
- ROSSI (D.). Nouveautés dans le domaine psychiatrique : l'épilepsie photogénique et le photochoc, 132.
- ROTSCHILD (F.-S.). Le problème psychologique et neurologique des danses des abeilles, 271.
- ROUART (J.). Psychopathologie de la puberté et de l'adolescence, 601.
- ROUGERIE (J.). v. *Petit-Dutaillis*.
- ROUMAJON (Y.). v. *Lebovici*.
- ROUSSEUX (R.), MIDON (R.), LEPOIRE (Fr.) et GEORGES (J.). La hernie discale : ses localisations, ses voies d'abord, 291.
- ROUVILLOIS (H.). A propos de la lutte contre l'alcoolisme, 284.
- et DEROBERT (L.). Alcool et accidents de la circulation, 259.
- ROUVROY (Ch.). Le scrupule psychochirurgical, 383.
- Psycho-chirurgie, 384.
- ROYER (P.), BEIS (M.) et BURNER (M.). Thérapeutique par le sommeil prolongé, technique et premiers résultats, 732.
- BEIS (M.), VERNET (Mlle N.) et BURNER (M.). Le test de Thorn chez les alcooliques chroniques avant et après cure de désintoxication, 99.
- et SMITH. Sur l'organisation d'un service de tests dans un hôpital psychiatrique, 769.
- ROZET (G.), FAU (R.) et BEAUDOUIN (M.). Encéphalite clinique confirmée par électro-encéphalographie contemporaine d'une lymphoréticulose bénigne d'inoculation, 265.
- RUCH (R.). v. *Kammerer*.
- RUDRAUF (J.). v. *David*.

RUF (G.), v. *Alliez*.
 RUFFIÉ (J.), v. *Riser*.
 RUSSEL-DAVIS (D.), v. *Zangwill*.
 RUSTIN (Mme E.), v. *Soulairac* (A.).
 RUYER (M.), v. *Boittelle* (G.).

S

- SABOURAUD (C.), v. *Alajouanine*.
 SACCANI (F.) et BASCHIERI (F.). Cérébro-pathie aiguë mortelle après traitement par la streptomycine, 295.
 SAFRIN (R.), v. *Zimmering*.
 SAGRIPANTI (P.). Sur l'association d'hy-persomnie et de boulimie, 399.
 SALET (J.), v. *Marie* (J.).
 SALLOU (C.), v. *Bonduelle* (M.).
 SALTZMAN (S.-S.) et MACHOVER (S.). Recherches sur les images éidétiques et leur rapport particulier avec les hallucinations visuelles, 260.
 SALVAING (J.), v. *Janbon*.
 SAL Y ROSAS (F.). Etat organique et psychique de l'individu au commen-cement de l'épilepsie, 130.
 SANDE, v. *Van Sande*.
 SANGUINETTI (I.) et SIGURTA (R.). Le test de la grappe de raisin sur des groupes homogènes de sujets nor-maux, 271.
 SAUCET (Mlle D.), v. *Oulès*.
 SAUGUET (J.), v. *David*.
 SAUSSE (A.), ROIRON (V.), BOREL (L.-J.) et MARIEN (J.). Le test de Nelson. Son intérêt pour le diagnostic de la syphilis chez les sujets non traités, 416.
 SAVY (A.), v. *Alliez*.
 SCHACHTER (M.). Recherches, acqui-sitions et contributions à l'étude de l'arriération mongolienne, 128.
 — Les états cyclothymiques chez l'en-fant impubère, 130.
 — Contribution à l'étude du psycho-diagnostic de Rorschach chez des jumeaux, 273.
 — Note sur un « symptôme » rorscha-chien nouveau trahissant l'existence de troubles caractériels (agressivité, turbulence, méchanceté) chez l'en-fant d'âge scolaire, 747.
 — Troubles caractériels consécutifs à une méningite tuberculeuse guérie, 748.
 — Méthodes et techniques d'auto-con-trôle du psychodiagnostic de Rors-chach. (Recherches et contributions personnelles), 756.
 — et COTTE (Mlle S.). Etude sur l'im-portance du facteur sexuel dans le premier développement, 155.
 — Psychodiagnostic de Rorschach et énurésie, 746.
 SCHAEFFER (H.). *Discussion*, 716.
 SCHALTENBRAND (G.). Pression cranien-ne et affections vasculaires cérébra-les. Le rôle de l'œdème du cerveau, 110.
 SCHEID (W.) et WIECK (H.). Résultats d'expériences systématiques sur la cause de la fréquence périodique des complications nerveuses de la diph-térie, 269.
 SCHENK (V.-W.-D.). Etude quantitative du cerveau d'un sourd-muet, 762.
 SCHERER (J.), v. *Alajouanine*.
 SCHLEXER (J.). Etude juridique de la capacité civile des toxicomanes, 119.
 SCHMIDT (P.), v. *Letailleur*.
 SCHMITT (B.). Les deux pôles extrêmes de la mythomanie. Psychomimétique et délire paranoïde, 136.
 SCHNAP (I.), v. *Karpe*.
 SCHNECK (J.-M.). Paralyse du som-meil, 413.
 SCHNEIDER (B.). Le traitement des dé-séquilibrés caractériels d'après Max-well Jones, 109.
 SCHNETZGER (J.-P.). L'électronarcose en psychiatrie. Résultats thérapeuti-ques. Indications. Accidents, 741.
 SCHÖNHARL (E.). Nouveaux points de vue sur la nature, les tâches et les progrès de la phoniatry, 154.
 SCHRÖDER (J.). Contribution à la psy-chologie des délits contre la vie, 297.
 SCHUSTER (D.-B.). Etude psychologique d'un homme de 106 ans. Contribu-tion aux concepts dynamiques de la vieillesse et de la démence, 254.
 SEITELBERGER (F.), v. *Hansen*.
 SELIGMAN (M.), v. *Grossiord*.
 SENF (R.), v. *Huston*.
 SENISE (T.). La psychochirurgie dans ses aspects scientífico-pratique, mor-al et juridique, 288.
 SERFATI (M.), v. *Derot*.
 SERRATRICE (G.), v. *Alliez*.
 SERRE (H.), v. *Boulet* (P.).
 SERRES (A.), v. *Creix* (M.).
 SEYMOUR (M.) et KETY (S.). Physiolo-gie de la circulation cérébrale dans les affections vasculaires du cerveau, 110.
 SHANDS (H.-C.) et MENZER (D.). Varia-tion des éosinophiles au cours du coma insulinaire thérapeutique, 763.
 SHARTENBERG (F.-L.), v. *Berliner*.
 SHENTOU (S.-A.), v. *Soulairac* (A.).
 SHIRAKI (H.), v. *Uchimura* (Y.).
 SIFNEOS (P.-E.). Un cas d'anorexie mentale traitée avec succès par la leucotomie, 440.
 SIGUAN (M.). La construction d'un mon-de comme technique projective, 757.
 SIGUIER (F.), FELD (M.), PIETTE (M.), WELTI (J.-J.) et LUMBROSO (P.). Tri-bulations neurologiques d'un jeune

- berger atteint de distomatose cérébrale à *Dicrocoelium lanceolatum*, 270.
- WELTI (J.-J.), GUIOT (G.) et LUMBROSO (P.). Accidents nerveux au cours d'une maladie de Hodgkin très améliorés par l'A.C.T.H., 141.
- SIGURTA (R.). v. *Sarguinetti*.
- SIGWALD (J.), GUILLAUME (J.), ROGÉ (R.) et MAZARS (Mme Y.). Deux cas d'hématomes sous-duraux chroniques d'expression clinique inusitée (hémiplegie, aphasie, hémianopsie). Disparition post-opératoire des symptômes, 591.
- SIMATOS. v. *Lebovici*.
- SIMON (A.), GOFMAN (J.-W.), MALAMUD (N.), JONES (H.-B.) et LINDGREN (F.-T.). Les lipoprotéines en général et artério-sclérose cérébrale, 417.
- SINGER (L.), DANY (A.), MENGUS (M.), RETACCHI (L.) et MEYER (M.). Troubles endocriniens, métaboliques et psychiques dans un cas d'épithélioma de l'hypophyse, 731.
- v. *Fontaine*.
- v. *Kammerer*.
- SIVADON (P.). Acquisitions récentes en thérapeutique, 772.
- SIZARET (P.). v. *Delay* (J.).
- SMITH (J.-S.). Résultats du traitement de 33 malades par les inhalations d'acide carbonique, 774.
- SMITH (H.-P.). v. *Beaudoin* (M.).
- v. *Royer* (P.).
- SOBOL (Mme). v. *Dublieux* (J.).
- SOGLIANI (G.). Thérapeutique tissulaire et thérapeutique avec le sérum cytotoxique antiréticuloendothélial en psychiatrie, 777.
- SOLOMON (H.-C.). v. *Greenblatt*.
- v. *Roberts*.
- SOMER (P. de). v. *Dereymaeker*.
- SOREL (L.). Modification de l'électro-encéphalogramme du lapin sous l'action de divers anesthésiques locaux, injectés par voie intraveineuse, 385.
- SOREL (R.), BARDIER (A.), BOUISO (H.) et DALOUS (A.). A propos de 78 cas de méningite tuberculeuse, 406.
- SOUA (L.-C.). Précis de physiologie, 247.
- SOULAIRAC (A.), SHENTOUB (S.-A.) et RUSTIN (Mme E.). Analyse des réactions de l'enfant arriéré devant le miroir, 694.
- *Discussion*, 700.
- v. *Mande* (R.).
- SOULÉ (M.). v. *Launay*.
- STECK (H.). La psychopathologie du délire, 256.
- STEENKISTE (van). v. *Heuyer* (G.).
- STELLA (J.-A.). v. *Jéri*.
- STENGEL (E.). Enquêtes sur les tentatives de suicide, 286.
- STERN (E.). L'enfance dans le souvenir de l'adulte, 749.
- STÉVENIN (H.). Conduite à tenir dans le traitement des arrêts de croissance, 154.
- STORA (R.). Le test de personnages, 750.
- STRASMAN (G.). v. *Raskin* (N.).
- STRINGHAM (J.-A.). De la mise en liberté des malades chroniques neuropsychiatriques, 403.
- STUTINSKY (F.). Sur l'origine diencéphalique des hormones dites « post-hypophysaires », 765.
- SUTERMEISTER (H.). Psychosomatique du rire et des pleurs, 609.
- SZILASI (W.). La base expérimentale de l'existentialisme de Binswanger, 270.

T

- TAHON. Journées criminologiques hollandaises-belges, Bruxelles, 10-12 septembre 1953, 121.
- TAILLADE (J.). v. *Puech* (A.).
- TALAIRACH (J.), AJURIAGUERRA (J. de) et DAVID (M.). Etudes stéréotaxiques des structures encéphaliques profondes chez l'homme. Technique. Intérêt physiopathologique et thérapeutique, 264.
- v. *David*.
- v. *Fischgold*.
- TARA (S.). Alcool et sécurité sociale, 622.
- TARDIEU (C.). v. *Pocidallo*.
- TARDIEU (Y.). v. *Delay*.
- TATSOGLOU. v. *Heuyer*.
- TEMPLE (J.-P.). v. *Chaptal*.
- TERZIAN (H.). v. *Gastaut*.
- TEYSSEYRE (Mlle J.). v. *Heuyer* (G.).
- v. *Michaux* (L.).
- THÉVENARD (A.). Effets de l'énervation sinu-carotidienne sur la myasthénie bulbo-spinale. Essai d'interprétation, 593.
- LÉGER (L.) et MARQUÈS (Mlle J.-M.). Etude de treize cas de myasthénie d'Erb-Goldflam traités par l'énervation sinu-carotidienne, 292.
- v. *Léchelle*.
- THIÉBAUT (F.), PHILIPPIDÈS (D.), MENGUS (M.), MONTRIEU (B.). Hydrome sous-dural, 266.
- THIÉBAUX (M.), THIÉBAUX (R.), BOYER (R.), LEBORGNE (F.) et KIFFEL (M.). Note sur l'apparition de troubles extrapyramidaux au cours du traitement par le 4560 R.P., 732.
- (M. et R.). v. *Feuillet*.
- (R.). v. *Thiébaux* (M.).

THIEFFRY (S.), MARTIN (Mme P.) et ARTHUIS (M.). L'ataxie cérébelleuse aiguë curable de l'enfant, 756.

— v. *Debré*.

THIMANN (J.). Sédation des alcooliques par des médicaments non sédatifs, 773.

THIRY (S.). Leucoencéphalite sclérosante subaiguë de Ludo van Bogaert, 105.

— et GEREBTZOFF (M.-A.). Etude électrophysiologique d'un cas d'anévrysme de la cérébrale antérieure. Rentissement cyclique sur le sommeil et le rythme cardiaque, 138.

— WATILLON (Mlle), TINANT (M.) et WOUTERS (J.). Etude clinique, électro-encéphalographique, ophtalmologique, oto-rhino-laryngologique et radiographique de 400 malades présentant le syndrome subjectif des traumatisés du crâne, 737.

THOMAS (J.). v. *Lereboullet (J.)*.

TILLIM (S.-J.). De l'intoxication bromurée, 294.

TIMMENCA (S.-J.). L'analyse du sang aux Pays-Bas, 779.

TINANT (M.). v. *Thiry (S.)*.

TINEL (G.). v. *Decourt (J.)*.

TITECA (J.). Introduction à l'étude des applications médico-légales de l'électro-encéphalographie, 736.

TOOLAN (J.). v. *Zimmering*.

TOURNAY (A.). v. *Albitreccia*.

TOURNEUR (R.). v. *Gennes (L. de)*.

TORNOW (K.). Pédagogie curative chez les traumatisés cérébraux, 433.

TORRES NORRY (J.). La thérapeutique par le sommeil prolongé, 432.

TRAMER (M.). Sur l'éducation des enfants difficiles, 749.

TRAMER. v. *Baumgartner-Tramer (Fr.)*.

TRAUGOTT RIECHERT. Technique neuro-chirurgicale et traitement chirurgical des thromboses vasculaires, 111.

TRILLAT (E.). v. *Porcher*.

TRILLOT (J.). v. *Brustier*.

TRUCHOT (B.). v. *Verspick*.

TRUFFERT (L.). Courbes d'éthylémie. Action de l'alcool. Alcool et accidents. Détection biochimique, 779.

TUSQUES (J.) et GAMBS (A.). Accidents cutanés présentés par le personnel infirmier des hôpitaux psychiatriques manipulant la chlorpromazine (4560 R.P. ou largactil, n.d.). Leur prévention, 229.

— et GREEN (A.). Pseudo-paralysie générale post-traumatique, 510.

TVERDY (G.). v. *Van Bogaert (L.)*.

U

UBEDA PURKISS (M.). Apports modernes la psychophysiologie du cortex cérébral humain, 615.

UCHIMURA (Y.) et SHIRAKI (H.). Lésions cérébrales causées par le bombardement atomique, 760.

URECHIA (C.-I.), FACON (E.) et LANCU. La psychose cardiaque, 402.

V

VACHER (J.). v. *Dérobort*.

VALADE (P.). Lésions du système nerveux central dans les intoxications chroniques expérimentales par l'acide cyanhydrique gazeux, 276.

VALETIN (G.) et HUIDOBRO (H.). Histamine et cortico-surrénale, 282.

VALLADE (L.) et DEMAY (J.). A propos d'un cas de polynévrite apparu au cours d'une intoxication urémique, 592.

VALLANCIEN (B.). v. *Baruk (H.)*.

VAN BOGAERT (L.). Sur une encéphalite sans paralysie, à évolution favorable débutant à l'issue d'une vaccination antirabique, 266.

— DUBOIS (A.), WANSON, JANSSENS (P.-J.), COLLART, RADEMAEKER (J.) et TVERDY (G.). L'encéphalite loïasique, 105.

— et KLENK (E.). Thésaurismoses dites phosphatidiques au point de vue clinique, histopathologique et chimique, 115.

— v. *Appel*.

— v. *Debré*.

VAN ECKEN (N.). Signification morphologique des anastomoses lepto-méningées des artères cérébrales, 386.

VAN HERCK (J.). Sur l'évolution de la technique de l'électrochoc jusqu'à l'emploi du chlorure de succinylcholine (myoplégine), 735.

VAN LAERE (J.). L'électro-encéphalographie dans la pratique neurologique courante, 386.

VAN SANDE. Applications de l'électrophorèse sur papier à l'étude des protéines sériques chez des sujets atteints de polymyosite, 106.

VAN STEENKISTE. v. *Heuyer*.

VAN WINKLE (C.-C.). v. *Raskin (N.)*.

VEDEL (A.). v. *Boulet (P.)*.

VERDEAUX (G.). Psychopathologie du cuir-chevelu (in « Affections de la chevelure et du cuir-chevelu », par A. Desaux), 125.

VERDEAUX (G. et J.). Utilisation de l'électro-encéphalographie dans l'expertise médico-légale, 484.

- v. *Albe-Fessard*.
 VERGANI (O.). L'électro-narcose, 432.
 VERNET (Mlle N.). v. *Bures (Mme I. de)*.
 — v. *Royer*.
 VERRIEST (J.). v. *Brihaye*.
 VERSPICK et TRUCHOT (B.). Trois cas de névralgie faciale traités par les ultrasons, 294.
 VERSPREEUWEN (R.). Les indications de la psycho-chirurgie, 104.
 VERSTRAETEN (P.). Résultats éloignés de cinquante leucotomies bilatérales, 382.
 VESCHIAUD (A.). L'enfance du clochard, 749.
 VIAUD (G.). Problèmes psycho-physiologiques posés par les migrations des animaux, 612.
 VIDART (C.). v. *Lereboullet (J.)*.
 VIDART (L.). v. *Lereboullet (J.)*.
 VIGOUROUX (R.). v. *Gastaut*.
 — v. *Morin*.
 — v. *Roger*.
 VILLATA (E.). v. *Gorria (C.)*.
 VINCHON (J.). Le dessin des images intérieures en psychothérapie, 287.
 VINENDEAU (J.). v. *Creyx (M.)*.
 VIZZOTTO (S.) et MATTOS-PIMENTA (A. de). La physiopathologie du lobe orbitaire dans son rapport avec la leucotomie, 289.
 VOGEL (M.). v. *Chavany*.
 VOLTA (A. Della). v. *Della Volta*.
 VON RINTELEN* (F.-J.). Le fondement métaphysique de la notion de bien, 411.
 — L'existentialisme. Soumission de la philosophie à la sensibilité actuelle, 612.
 VORTEL (T.). Altérations du cerveau dans l'éclampsie, 276.
 VULLIEN (R.) et GUILBERT (P.). La capacité civile des toxicomanes, aspect médical, 118.

W

- WACKENHEIM (A.). v. *Mathis (M.)*.
 WANSON. v. *Van Bogaert (L.)*.
 WATILLON (Mlle). v. *Thiry (S.)*.
 WATTEBLED (R.). v. *Lièvre (J.-A.)*.
 WEIL (B.). v. *Bourguignon*.
 — v. *Petit-Dutaillis*.
 WEILL (J.). Syphilis juvénile irréductible. Apparition de tabès et d'ostéites au cours des traitements, 756.
 — et BERNFELD (Mme J.). Obésité hypothalamique après intervention chirurgicale hypophysaire, 283.
 WEINSCHENK (C.). Les nouvelles conceptions de Conrad et la pathologie cérébrale, 263.

- WEINSTEIN (E.-A.), LINN (L.) et KAHN (R.-L.). Des psychoses survenant durant l'électrochothérapie : leur relation avec la théorie des traitements de chocs, 428.
 WEISGERBER (M.). v. *Hamel (J.)*.
 WEISS (E.). La psychothérapie dans la pratique générale, 770.
 WELLISH (E.). « Dreamy states » chez les enfants avec éloignement et rapprochement apparent des objets, 745.
 WELTI (J.-J.). v. *Sigüier*.
 WERTHEIMER (P.), ALLÈGRE (G.) et COURJON (R.). Encéphalographie dans les traumatismes crâniens récents, 264.
 WEST (B.-M.) et HECKER (A.-O.). Ulcère duodénal. Sa présence et son diagnostic chez les malades mentaux, 402.
 WICKER (M.). v. *Letailleur*.
 WIECK (H.). v. *Scheid*.
 WILCOX (P.-H.) et ADLER (I.). Thérapeutique de choc, 429.
 WILDI (E.). v. *Morel*.
 WILLEMS (J.). Les modifications physico-chimiques au cours de la dégénérescence expérimentale des neuro-fibrilles, 386.
 WILLENER (H.). v. *Franceschetti*.
 WIMPHEN (A.). v. *Grossiord*.
 WINKLE (C.-C. van). v. *Raskin (N.)*.
 WOLTRING (L.-M.). Folie à deux, contribution au problème des psychoses induites, 257.
 WORTIS (B.). v. *Zimmering*.
 WOUTERS (J.). v. *Thiry (S.)*.
 WYRSCH (J.). L'examen psychiatrique et la dualité subjectif-objectif, 402.

Y

- YAGDJOGLOU (B.). Etude pneumoencéphalographique de la paralysie générale, 402.
 YASARGIL (G.). Contribution à la pathogénie et à la thérapeutique du delirium tremens et de l'ivresse pathologique, 258.

Z

- ZABARENKO (R.-N.) et CHAMBERS (G.-S.). De l'appréciation de l'action de l'acide glutamique dans les déficiences mentales, 422.
 ZANGWILL (O.-L.), CROWN (S.), RUSSELL-DAVIS (D.) et HALL (K.-R.-L.). La méthode expérimentale en psychologie clinique, 273.

ZARA (M.). v. *Gilbert-Dreyfus*.

ZAZZO (R.). Situation gémellaire et développement mental, 272.

ZIMMERING (F.), TOOLAN (J.), SAFRIN (R.) et WORTIS (B.). La toxicomanie en rapport avec le problème de l'adolescence, 259.

ZIMMERMAN (Fr.-T.). Nouveaux produits pour le traitement du petit mal épileptique, 775.

ZOLLIKER (A.). Le test de Rorschach chez les délinquants sexuels, 297.

ZUCKER (L.). La psychologie de la schizophrénie latente, 396.

ZUNINI (G.). La psychologie animale dans la psychologie générale, 612.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE L'ICTUS APOPLECTIQUE A L'ŒDÈME PULMONAIRE AIGU PAR CURE DE SAKEL L'ŒDÈME CENTRAL ET SON TRAITEMENT

PAR

PAUL COSSA et JACQUES POSTEL

(de Nice)

Babinski racontait volontiers que ce qui frappait le plus, lorsqu'on visitait le service de Horsley, le Londonien qui fut le véritable pionnier de la neurochirurgie, c'était que les opérés présentaient, sur leur oreiller, deux têtes jumelées dans le même pansement : leur crâne... et leur cerveau qui avait fui par la brèche opératoire sous l'influence de la poussée d'œdème. Ce premier écueil a longtemps arrêté l'essor de la neurochirurgie ; il n'a pu être évité que lorsque Cushing a inventé la suture de la galea, et réalisé ainsi une fermeture de la brèche assez solide pour résister à l'hypertension intracrânienne la plus violente.

Seulement, ce faisant, on enfermait le loup dans la bergerie. Le cerveau ne fuyait plus ; mais l'œdème se faisait dans le crâne, dans une cavité inextensible.

Cet œdème postopératoire est demeuré, jusqu'aux plus récentes années, la terreur des neurochirurgiens. Dès que l'interven-

tion blessait le parenchyme cérébral (et le même mécanisme joue quand la blessure est due à un traumatisme crânien), et davantage si elle touchait aux parois du troisième ou du quatrième ventricule, ou aux vaisseaux irriguant ces régions, la poussée secondaire d'œdème pouvait survenir, tantôt bénigne, et réductible par les thérapeutiques postopératoires banales ; tantôt, plus souvent peut-être, grave, entraînant la mort subite, ou la mort par coma hyperthermique progressif avec ou sans tableau d'engagement postérieur. Cette gravité des suites opératoires a longtemps donné une physionomie bien spéciale aux interventions cérébrales ; sans doute a-t-elle été responsable, non seulement de la mort de beaucoup de malades, mais aussi, par le surmenage émotionnel répété qu'elle entraînait, de l'infarctus myocardique de beaucoup de neurochirurgiens.

Pour pallier à cette réaction d'œdème, bien des moyens ont été proposés. D'abord, la préférence est allée aux solutions hypertoniques (NaCl, glucose, sulfate de magnésie), injectées par voie veineuse, ou administrées par voie digestive deux ou trois fois par jour. Mais cette technique opposait un mode d'action entièrement passif à un mécanisme pathogène essentiellement actif, et surtout, chaque déplétion ainsi réalisée était suivie d'une poussée nouvelle — et plus violente — d'œdème réactionnel.

C'est que l'œdème cérébral postopératoire n'a rien de passif ; l'œdème local, celui qui se produit par exemple autour de la tranche de section opérée par le bistouri électrique, ou bien autour du foyer de contusion d'un trauma du crâne, relève d'une réaction tissulaire directe aux substances libérées par le traumatisme (histamine ?). Mais l'œdème général, celui qui prend tout un lobe ou tout un hémisphère, ou tout un cerveau, le seul donc qui soit dangereux, connaît un autre mécanisme, bien observé par Clovis Vincent, et qui paraît analogue aux phénomènes décrits par Reilly et son Ecole. Il est dû à l'irritation à distance du système qui règle l'hydraulique intime du parenchyme nerveux (1).

Pour combattre efficacement un tel accident, il fallait donc une thérapeutique susceptible :

- 1° de paralyser ce mécanisme ;
- 2° d'agir de façon continue.

Cette thérapeutique a été réalisée le jour où l'on a soumis les opérés (2) à une perfusion continue de sérum procaïne (scuro-

(1) En même temps, sans doute, que l'hydraulique ventriculaire.

(2) Il semble que les pédiatres aient, les premiers, employé cette technique dans les syndromes toxiques du nourrisson.

caïne) (3), auquel on a adjoint successivement divers ganglioplégiques (diparcol, phénergan, largactil). Nous ne prétendons pas que les suites opératoire soient de ce fait devenues idylliques, mais elles ont perdu une grande part de leur dramatique agitation.

*
**

A côté de cet œdème de cause locale, il existe des œdèmes du cerveau de cause générale. Depuis longtemps, on connaît la confusion mentale et les syndromes pyramidaux ou extrapyramidaux transitoires qui accompagnent certaines asystolies, certains anasarques. Ces accidents sont dus à la stase, donc à un œdème cérébral de mécanisme essentiellement passif.

Il en est d'autres de mécanisme aussi général, mais actif. Le gros cerveau des hypertensions artérielles pseudo-tumorales en est un exemple ; les œdèmes hyperergiques en constituent un autre. En 1940, J.-A. Barré (4) a présenté à la Société de neurologie le cerveau d'un sous-officier mort de réaction sérique œdémateuse du tronc cérébral. A cette occasion, nous avons cité l'observation d'une jeune malade qui avait présenté à deux ans de distance un coma lié à un véritable énanthème morbillieux du cerveau, puis une crise convulsive précédant de quelques minutes l'éclosion d'un superbe urticaire sérique. En ce qui concerne certaines encéphalites, un mécanisme analogue, hyperergique et œdémateux, est maintenant admis par de nombreux auteurs dont les travaux sont réunis dans le rapport de Poursines (5). Il y a longtemps déjà, Delmas-Marsalet a souligné le rôle de l'œdème cérébral dans les accidents nerveux de l'alcoolisme. Ce rôle a été envisagé aussi dans le déterminisme du délire aigu. Enfin, pour notre part, il nous a été possible de démontrer expérimentalement en 1939-1940 (6) que la cure de Sakel par le coma insulinaire provoquait la survenue d'un œdème cérébral ; que l'œdème cérébral débutait sur le lapin, comme sur l'homme, par les régions temporales et qu'il y était toujours plus important qu'ailleurs ; que cet œdème était d'abord périvasculaire, puis péricellulaire, puis interstitiel ; qu'il s'accompagnait de façon constante d'un

(3) L'injection même lente, mais non goutte à goutte, de procaine doit être rejetée : elle peut choquer ; elle n'a qu'une action éphémère ; elle est suivie d'une poussée nouvelle — et plus violente — d'œdème réactionnel.

(4) J.-A. BARRÉ. — Société de neurologie, mars 1940.

(5) Y. POURSINES. — Rapport au 48^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Besançon, 1950.

(6) P. COSSA. — Sur le mécanisme d'action de la cure de Sakel par le coma insulinaire. *Annales médico-psychologiques*, n^{os} 4 et 5, nov.-déc. 1940.

œdème pulmonaire discret, lequel ne s'extériorisait dans les alvéoles et les bronches qu'à des doses d'insuline/kilo excédant de beaucoup les doses thérapeutiques usuelles. Dès ce moment, nous voyons dans cet œdème le témoin d'une réaction — peut-être surrénale — à l'hypoglycémie, qui dépassait son but. Depuis, des vérifications anatomiques (L. Michon notamment) ont confirmé ce qu'avaient montré nos expériences.

Depuis que les chimistes mettent à notre disposition des substances véritablement coagulantes et d'autres véritablement anticoagulantes, un problème se posait à nous, non sans quelque angoisse : l'ictus cérébral peut être dû à une hémorragie ou à une ischémie. Il serait important de traiter la première par des médications coagulantes, la seconde par des anticoagulants et des vasodilatateurs. Malheureusement, si l'on excepte les cas extrêmes (l'inondation ventriculaire ou l'hémorragie cérébroméningée, d'une part ; l'embolie des cardiaques ou les accidents répétés des athéromateux, d'autre part), il est le plus souvent impossible de savoir si l'artère s'est obstruée ou si elle saigne. C'est d'autant plus difficile que bien des hémorragies anatomiques ne sont nullement dues à la rupture d'un vaisseau, mais bien à la coalescence secondaire d'une série de foyers d'infarcissement rouge. Dans ces conditions, comment soigner ? Comment combattre l'ischémie sans risquer de favoriser un saignement ? Comment, à l'inverse, combattre une hémorragie sans risquer d'aggraver l'ischémie d'un territoire infarci ?

*
**

Par comparaison avec ce que nous avons appris dans d'autres domaines (et que nous avons exposé plus haut), nous avons été conduit à nous demander si le problème thérapeutique de l'ictus était bien posé. On raisonnait toujours comme si l'accident initial continuait ; comme s'il se perpétuait de la même façon, avec le même mécanisme ; comme si, dans le ramollissement, l'obstruction artérielle s'étendait de plus en plus, sans réaction du tissu cérébral (7) ; comme si, dans l'hémorragie, tout se limitait à une

(7) Et cependant, pour le ramollissement, les travaux de Foix et ceux des auteurs allemands (sans parler des vieilles conceptions de Rochoux et de Durand-Fardel) montraient bien que, secondairement au spasme, à l'ischémie, il pouvait y avoir infarcissement secondaire, mais on ne tirait de ce fait aucune sanction thérapeutique. D'autre part, pour une variété d'hémorragie, l'hématome collecté, on admettait que les caillots liquéfiés agissaient en irritant le parenchyme. On en tirait logiquement la conclusion qu'il fallait vider opératoirement ces hématomes pour supprimer la cause d'irritation.

destruction mécanique par dilacération initiale, puis par compression.

En fait, les suites de certains ictus, au deuxième ou troisième jour, avec leur ascension thermique, l'aggravation du coma, le stertor, l'apparition précoce de troubles trophiques, voire d'eschares à évolution rapide, et même parfois la survenue de signes d'engagement postérieur, évoquaient trop bien ce que l'on observe dans les suites opératoires de neurochirurgie, pour que l'idée ne se proposât pas d'elle-même : « *Ce qui tue (sauf dans l'hémorragie massive et cataclysmique à évolution très rapide et sauf dans les thromboses très étendues), ce n'est pas l'accident vasculaire lui-même, ce n'est pas le saignement, ce n'est pas l'ischémie, c'est la réaction d'œdème.* » De mécanisme local d'abord, cet œdème va bientôt s'étendre, gagner tout un hémisphère, puis les formations médianes. Il peut provoquer des engagements lobaires, tout comme l'œdème dû aux tumeurs. Cet œdème actif domine toute l'évolution de la maladie. C'est contre lui que doit être dirigé l'essentiel de l'effort thérapeutique.

*
**

Parce que nous étions le témoin quotidien des succès obtenus par notre ami Jean Duplay, neurochirurgien de notre service, dans sa lutte contre l'œdème postopératoire, par des techniques simples, parentes de celles de Laborit et conçues dans le même esprit, nous avons tout naturellement pensé utiliser la même thérapeutique. Celle-ci est centrée sur l'instillation intraveineuse continue de procaine. Nous ne reproduisons pas ici les détails de cette technique, amplement décrite dans un article de la *Presse médicale* (8), et que nous n'avons guère modifiée depuis.

(8) Le traitement de l'ictus cérébral. *La Presse médicale*, 13 mai 1953. Voici l'essentiel de la méthode : dans 500 cc. de sérum glucosé isotonique, on mélange 40 cc. de soluté de procaine à 1 % (noms commerciaux : novocaïne, scurocaïne, syncaïne, etc...) sans adrénaline, une ampoule de largactil (ou de phénergan), 5 cc. de rutine soluble. On branche sur un matériel de perfusion apyogène aboutissant soit simplement à une aiguille glissée dans la veine et maintenue par un emplâtre adhésif, soit sur une canule ou un tube en matière plastique installé dans la veine après dénudation. (Bien entendu, le membre choisi est maintenu immobile par bandage sur une planche matelassée). On règle le débit de façon à ce que l'injection dure huit heures (40 gouttes minute). Au bout de huit heures, on remplace l'ampoule, et ainsi de suite. Chez le rénal et le cardiaque, on remplace les 500 cc. de sérum isotonique par 250 cc. de sérum hypertonique glucosé à 30 % dans lesquels on mélange 40 cc. de procaine, une ampoule de largactil et 5 cc. de rutine soluble. On diminue alors le débit de moitié (20 gouttes minute). Chez le diabétique, le sérum physiologique remplace le sérum glucosé. Le plus souvent,

Que peut-on attendre de cette méthode ? Disons tout de suite qu'elle ne fait pas de miracles. Il y a des hémorragies tellement massives qu'elles tuent en quelques heures (9). Peut-être oserait-on bientôt opérer immédiatement ces malades sous ganglioplégiques, mais actuellement nous ne pouvons rien pour eux. Il est des cas de ramollissement aussi désespérés : soit que, d'un coup, s'établisse la thrombose massive de tout un large territoire artériel ; soit que, chez des vieillards athéromateux, la thrombose commencée en un point lors de l'attaque s'étende rapidement et gagne en quelques jours toutes les branches de la cérébrale moyenne, sinon celles des deux autres artères.

Par contre, lorsque le territoire ischémié n'est pas trop vaste, lorsque l'hémorragie n'est pas massive, il semble que la thérapeutique antiœdème modifie l'évolution de deux manières (tout au moins autant que nous permet d'en juger notre série encore brève) :

d'abord dans le sens d'une relative bénignité des suites immédiates : le malade sort du coma en six à douze heures ; lors de la reprise de conscience, il demeure calme, peu ou pas de fièvre, pas d'eschares, pas de troubles trophiques ; au bout de six ou sept jours, on a l'impression que la phase aiguë de la maladie est terminée ;

ensuite (mais cela aussi ne pourrait être apprécié que sur de longues séries) dans le sens d'une limitation des séquelles définitives : tout se passe comme si tout se limitait aux dégâts initiaux et comme si rien de secondaire ne venait aggraver ceux-ci ; chez quelques malades, nous avons eu ainsi la joie de constater une récupération fonctionnelle anormalement complète et rapide (10).

faute de certitude pathogénique, le traitement immédiat se bornera à cela. Par contre, si l'on a la certitude d'une hémorragie, on fait en outre, toutes les six heures, une injection intramusculaire d'une ampoule de Thrombase ; si l'on a la certitude d'un ramollissement, on doit recourir en même temps à l'infiltration du sympathique cervical ainsi qu'à l'héparine (avec les précautions d'usage). Par la suite, et si le traitement ne suffit pas, on peut faire intervenir les ganglioplégiques forts (tel le pendiomide) et recourir éventuellement à la ponction-lavage de l'hématome.

(9) Même dans ce cas, l'évolution peut être modifiée. Nous avons tenu en vie *cinq jours* une malade atteinte d'une inondation ventriculaire telle qu'à l'autopsie le ventricule latéral et le troisième ventricule étaient bourrés de caillots. Et sans doute eût-il fallu opérer dès le troisième jour.

(10) Citons parmi les malades suivis par nous :

1° M. L..., fonctionnaire, 56 ans, malade du Dr Assayas (de Nice), hyper-tendu habituel entre 19 et 23. Le 7 octobre, premier accident vasculaire, qui crée un état confusionnel et une hémianopsie gauche. Dans la nuit du 15 au 16 octobre, l'accident vasculaire reprend : coma vigil avec agitation et hémiplégie gauche dominant au membre supérieur. La douleur violente à la

Un troisième fait évolutif demanderait aussi confirmation. Il nous arrivait autrefois de faire opérer des hématomes intracérébraux. Bien que, dans notre série, figure un certain nombre d'hémorragies, nous n'avons pas dû en faire opérer. Pour certains malades, l'intervention a été envisagée. Ils ont guéri sans cela.

*
**

Après ce que nous avons dit, au début de ce mémoire, sur la fréquence de l'œdème cérébral au cours des maladies les plus diverses, on conçoit que nous n'ayons pas limité nos essais aux seuls accidents d'origine vasculaire (11).

En janvier 1953, nous avons eu à examiner, en consultation, avec le D^r Maurel (de Vence), un bien curieux malade. Tuberculeux pulmonaire récent (non fibreux), âgé de soixante ans, il venait de faire des accidents d'asystolie liés à une myocardite dystrophique concomitante. Ces accidents dissipés, et les œdèmes périphériques fondus, il demeurait dans un état de confusion mentale avec prostration physique qui préoccupait fort son médecin. Une fois éliminée l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse, le diagnostic d'œdème cérébral passif devenait le plus vraisemblable. L'état confusionnel, qui durait depuis plusieurs jours, a cédé à vingt-quatre heures de perfusion de sérum glucosé hypertonique procaïné.

Nous avons depuis observé à l'hôpital un cas exactement analogue.

pression de l'écaille temporale droite, l'existence d'une raideur de la nuque et des trapèzes, d'une douleur à l'élongation des sciatiques et d'un signe de Babinski à droite, permettent d'affirmer l'hémorragie. Le malade est mis au traitement le 16 octobre à 11 heures du matin. Le 2 novembre, il rentre chez lui. De tout le tableau pathologique il ne persiste qu'une hémianopsie incomplète, et le malade reprend, sinon encore sa vie professionnelle, du moins une vie active.

2° M. A..., 67 ans, malade du D^r Morin (de Monte-Carlo) : Ictus le 12 septembre vers midi ; d'abord aphasie, puis, après quelques minutes, hémiplegie et coma avec stertor, respiration rappelant le Cheyne-Stokes. Dans les heures qui suivent, trois crises convulsives. Le traitement est mis en train vers 17 heures. Le malade sort du coma le lendemain. Le 16, il est assez bien pour qu'on puisse le ramener chez lui. Le 30 (contre l'avis de son médecin), il préside un conseil d'administration.

3° Tel autre malade d'hôpital, âgé de 68 ans, entre avec la plus banale des hémiplegies gauches et sort au quinzième jour sans même que persiste un signe de Babinski.

(11) Nous n'avons malheureusement (ou heureusement) pas rencontré de forme pseudo-tumorale de l'hypertension artérielle.

**

Les accidents nerveux de l'alcoolisme se font de plus en plus fréquents. Sans parler des autres manifestations de neuropathie éthylique, notre service a reçu en 1952 trente-six cas de delirium tremens vrai ; il semble que ce chiffre doive doubler en 1953. Or, il nous est apparu que le delirium tremens répondait à la thérapeutique tout à fait autrement que les autres accidents éthyliques. Alors que la strychnine à très forte dose non seulement liquide l'ivresse simple, mais désintoxique en une vingtaine de jours les imprégnés les plus chevronnés (12), elle ne suffit pas dans le delirium ; sur nos 36 cas de 1952 nous avons compté 16 décès. Parce que Delmas-Marsalet avait souligné le rôle de l'œdème cérébral dans le delirium tremens, nous avons au début de 1953, sur une petite série de malades, associé strychnine et perfusion novocaïnée. La mortalité a diminué, mais elle est encore demeurée appréciable, passant de près de 50 % à 30 %. Nous avons maintenant inauguré une nouvelle technique qui nous donne toute satisfaction : trois ou quatre jours d'alcool intraveineux, suivis de trois semaines de strychnine et éventuellement de T.T.D. Ici donc, la thérapeutique antiœdème n'a pas donné ce que nous attendions. Nous avons été heureusement beaucoup plus heureux dans d'autres domaines.

**

Le délire aigu est à juste titre fort redouté, et l'on sait que MM. Marchand et Courtois ont précisé une part au moins de sa pathogénie (encéphaloses azotémiques). Ce syndrome a maintenant la réputation auprès de bien des psychiatres de céder facilement aux méthodes de choc. Encore que nous ayons, comme beaucoup d'autres, enregistré des succès par ces méthodes, nous ne les avons jamais tenues pour toujours efficaces. En juin dernier, notre opinion s'est trouvée confirmée par la survenue d'un délire aigu vrai avec urémie montant jusqu'à 1 gr. 50, hyperthermie et déshydratation intense, chez une malade en pleine série de chocs convulsivants ; cette malade a magnifiquement guéri par cinq jours de perfusion intraveineuse de sérum glucosé procaïne (alternativement hypertonique et isotonique) (13). Nous

(12) Bien entendu, le T.T.D. doit intervenir ensuite.

(13) D'autres que nous ont traité des délires aigus par des méthodes d'hibernation. Citons M. Golse (Société médico-psychologique, décembre 1952), MM. Scherrer et collaborateurs (Société médico-psychologique, avril 1953), MM. Riser, Laboucaric et Barres (Société médico-psychologique, 8 juin 1953).

avons depuis obtenu le même résultat chez deux autres malades (14).

*
**

Il est enfin un domaine plus redoutable encore où les mêmes techniques semblent offrir davantage que des promesses.

Nul psychiatre qui n'ait observé, au cours de sa pratique de la cure de Sakel, des cas de coma prolongé. Le plus remarquable que nous ayons observé — il y a une dizaine d'années — s'est terminé par la mort après avoir présenté des syndromes successifs et étagés de section physiologique du névraxe (15). L'emploi de la strychnine, de la bévitine, des amines du réveil et la ponction lombaire systématique avaient grandement amélioré le pronostic de cet accident. Chez deux malades, cependant, ces médications ont paru avoir une action insuffisante et la situation n'a paru véritablement rétablie que par la perfusion novocaïnée (16). Mais le rôle exclusif de celle-ci ne peut être affirmé dans ces cas, d'autres médications, qui avaient suffi à guérir d'autres malades, ayant été concurremment employées (17).

Par contre, il est un accident de la cure de Sakel qui jusqu'ici n'avait jamais guéri entre les mains d'aucun psychiatre. Nous voulons parler du grand œdème aigu du poumon. Une fois l'ex-

(14) Mlle V... Jacqueline, 27 ans, qui a présenté une première crise dépressive en 1946, entre dans le service le 26 mai pour une crise de mélancolie anxieuse (avec, semble-t-il, un bref épisode confusionnel). Examen somatique négatif, électroencéphalogramme normal, sédimentation normale, urée sanguine normale et hémogramme normal ; le 2 juin, après le troisième électrochoc, agitation et délire. Un nouvel électroencéphalogramme montre une simple exagération de la désynchronisation des rythmes, température à 38°, qui atteint 40° le 4 juin, malgré la pénicilline à un million par jour. Le 5 juin, l'urée est à 0,90 (elle montera à 1 gr. 48), la déshydratation intense. La perfusion est commencée le 5 juin et sera arrêtée le 13 juin. A cette date, la malade est calme, apyrétique, réhydratée, et l'urée sanguine n'est plus qu'à 0,40. Le syndrome mental demandera encore des soins prolongés un mois. A noter que le 16 juin, le liquide céphalo-rachidien est normal en tous ses éléments.

(15) P. COSSA. — *Revue neurologique*, n° 11-12, 1943.

(16) Voici l'observation d'une de ces deux malades :

Mme M..., 22 ans, atteinte de délire paranoïde, fait un coma prolongé le 7 novembre à son huitième choc insulinaire (100 unités). On emploie de 11 h. à 14 h. : 140 cc. de sérum glucosé hypertonique à 30 % ; de la strychnine répétée plusieurs fois par cinq milligrammes ; 100 milligrammes de Bévitine deux fois répétés. La malade demeure dans un coma vigil avec agitation par moments extrême. C'est à 14 heures que l'on commence la perfusion novocaïnée, et c'est à ce moment que s'amorce une évolution qui aboutira au réveil complet avant la fin de la perfusion. A 18 heures, la malade s'alimente spontanément.

(17) M. Picard et ses collaborateurs ont employé l'hibernation dans un cas de cet ordre.

pectoration saumonée survenue, et dès qu'elle avait duré avec abondance plus d'un quart d'heure, on avait l'impression qu'un mécanisme irréversible était déclenché ; malgré morphine, ouabaine, vitamine B1, strychnine, ponction lombaire, injections hyper- et hypotoniques dans les veines, la malade continuait à « se vider » littéralement par la bouche, dans une agonie asphyxique, d'autant plus atroce qu'elle demeurerait, souvent, tout à fait consciente. Or, nous l'avons montré plus haut, au cours du coma de Sakel, l'œdème cérébral microscopique et l'œdème pulmonaire sans extériorisation relèvent d'un seul et même mécanisme réactionnel à l'hypoglycémie. Tout comme le coma prolongé traduit l'exagération irréversible du premier, l'œdème aigu pulmonaire traduit l'exagération irréversible du second. Il était donc logique de chercher à réduire l'un comme l'autre par les thérapeutiques mêmes qui nous avaient si bien réussi dans d'autres œdèmes réactionnels.

De fait, récemment, nous avons observé un grand œdème aigu du poumon au cours d'un coma prolongé. Nous n'en avons pas vu depuis quatre ans. Pour la première fois chez une malade de cet ordre, nous avons utilisé la perfusion novocaïnée. Pour la première fois, nous avons vu guérir un œdème aigu vrai post-insulinique. Sans doute, un cas unique n'a-t-il qu'une valeur limitée. Mais celui-ci constitue la seule exception jusqu'ici rencontrée dans une série générale et uniforme d'échecs. Il s'inscrit, d'autre part, dans une suite de faits pathogéniques du même ordre. Il peut, dans l'avenir, permettre de sauver pareillement d'autres vies. Aussi avons-nous cru devoir le publier sans plus attendre.

Il s'agissait d'une malade du D^r Martin, déjà soignée antérieurement, il y a deux ans, par une cure de Sakel, et chez qui, pour une reprise d'idées délirantes, une nouvelle cure de Sakel fut commencée le 13 mai 1953 par M. Postel, sous la direction du D^r Cossa. L'accident est survenu le 6 juin 1953 au sixième coma vrai. Nous reproduisons maintenant la feuille d'observation dans toute sa sécheresse et sa précision.

11 h.	Pas de réveil malgré gavage sucré et injection intraveineuse de 200 cc. de sérum glucosé à 30 %. Etat grave : coma, rigidité des membres en extension (sans signe de Babinski) ; pupilles en mydriase intense, totalement fixées. Respiration stertoreuse. T.A. = 10/8. Pouls 110, irrégulier. Bruits cardiaques assourdis.	Ponction lombaire : L.C.R. eau de roche s'écoule en jet. Lobeline. Solucamphre.
-------	--	--

11 h. 30	Apparition d'un œdème aigu du poumon. Respiration difficile, polypnée ; apparition d'une expectoration spumeuse, saumonée. T.A. effondrée, pouls petit, incomptable, bruits cardiaques très sourds, montée de râles fins aux deux bases pulmonaires. Persistance du coma et de la mydriase.	Saignée de 100 cc. Carena-ouabaïne (1/4 mgr.) + Solucamphre I.V. Morphine S/C (1 ctgr.). Scurocaïne à 1 % I.V. (10 cc.).
12 h.	Aggravation : l'expectoration se fait à pleins crachoirs depuis une demi-heure.	Instillation en goutte à goutte I.V. d'une solution de procaine (40 cc. à 1 %) dans 125 cc. de sérum glucosé à 30 % additionné de 4 ampoules de Coramine.
de 12 h. à 14 h	Discrète puis progressive amélioration de l'œdème aigu du poumon : diminution de l'expectoration et de la dyspnée. Disparition de la mydriase et diminution de l'encombrement pulmonaire. T.A. = 9,5/7, pouls 110, petit mais plus régulier. Glycémie : 1 gr. 30.	On ajoute dans le goutte à goutte 10 cc. de Scurocaïne.
14 h. 30	L'expectoration a cédé et la dyspnée se calme.	(il est alors passé environ 140 cc. de la solution glucosée hypertonique). Scurocaïne I.V.
16 h. 30		Carena-ouabaïne (1/4 mgr.) + Solucamphre I.V.
17 h.	L'amélioration continue malgré la persistance du coma. Température = 39°.	Vessies de glace. Bévitine S/C 100 mgr. Pénicilline I.M. (500.000). On commence un autre goutte à goutte I.V. de sérum glucosé isotonique : 500 cc. + 30 cc. de Scurocaïne à 1 % + 1 Coramine.
20 h.	Persistance de l'amélioration (mais malade toujours inconsciente). T.A. = 11/7. Pouls = 110.	On continue la perfusion. Strychnine (2 mgr.) + Bévitine S/C.

24 h.	Etat stationnaire. Pouls = 90, bien frappé.	
7 juin. 2 h.		<i>idem</i> + 500.000 unités Pénicilline.
9 h.	La malade est sortie de son coma dans la fin de la nuit. Elle est maintenant parfaitement consciente, mais reste très affaiblie. Pouls = 80. T.A. = 11,5/8. Température = 37°1. Examen neurologique négatif. Submatité des bases pulmonaires. Va de mieux en mieux durant la journée.	Même traitement : on continue la perfusion glucosée isotonique novocaïnée. Strychnine-Bévitine. Pénicilline 500.000.
17 h.	Température = 37°6. Pouls = 90.	Même traitement.
8 juin.	La malade semble complètement tirée d'affaire : apyrétique, parfaitement consciente. T.A. = 12/7. Pouls = 85.	On arrête la perfusion de sérum glucosé isotonique novocaïné dont la malade a reçu durant ces 36 heures environ : deux litres.
9 h.	Réflexes +. Discrète submatité des bases pulmonaires.	On continue la Pénicilline (1 million par jour) pour éviter une complication pulmonaire.
10 h.		Dernière injection de Strychnine + Bévitine.

Ainsi, un élément commun réunit des accidents aussi disparates en apparence que les complications des traumatismes crâniens ou des interventions de neurochirurgie, les suites des accidents vasculaires cérébraux, les complications nerveuses de l'asystolie et les formes pseudotumorales de l'hypertension artérielle, le délire aigu, le coma prolongé ou l'œdème pulmonaire aigu de la cure de Sakel, et sans doute aussi certaines encéphalites. Ce que ces accidents ont de commun, c'est leur mécanisme. Tous relèvent en effet d'un œdème réactionnel, irréversible par les moyens usuels, mais qui paraît céder, avec une constance assez remarquable, à la perfusion continue de sérum glucosé procainé, additionné ou non d'un ganglioplégique. Cette communauté de mécanisme et la communauté de traitement consécutive méritaient, croyons-nous, d'être soulignées.

MANIES SYMPTOMATIQUES ET THÉRAPEUTIQUES RÉCENTES

PAR

JOSEPH ALLIEZ et ANDRÉ SAVY (1)

Diverses publications ont attiré l'attention sur des accidents psychopathiques assez particuliers provoqués par l'administration de médicaments récents tels que les amphétamines, l'atébrine (quinacrine), la cortisone et l'A.C.T.H., enfin l'hydrazide de l'acide nicotinique. Il ressort de ces travaux que ces accidents revêtent assez souvent un aspect plus ou moins pur d'excitation maniaque, aspect rarement décrit auparavant au cours des psychopathies symptomatiques. Il semble d'ailleurs que parmi les psychoses toxiques les manies symptomatiques n'aient guère retenu l'attention des auteurs modernes.

Les manuels classiques sont sobres de renseignements sur cette question. Le chapitre de *l'étiologie de la manie* met au premier rang le cadre, lui-même encore mal éclairci, de la psychose périodique, où l'accès maniaque franc sert de type de description. Mais on sait combien ce syndrome revêt souvent une allure atypique. Cliniquement, il peut s'y ajouter des éléments de la série discordante, réalisant ainsi tous les termes de passage avec un tableau nettement schizophrénique. Dans d'autres cas, un appoint confusionnel réalisera des tableaux variables de manie confuse ou de confusion agitée.

Ces états sont difficiles à classer. Quand des symptômes discordants s'ajoutent à la manie, c'est souvent l'évolution seule qui permettra un diagnostic rétrospectif. Dans les tableaux confusionnels, on recherchera plus souvent une étiologie toxique ou infectieuse.

(1) Travail de la Clinique des maladies nerveuses de la Faculté de médecine de Marseille (professeur Y. Poursines).

Au chapitre plus général des *psychoses toxiques et symptomatiques*, nous trouvons surtout la description d'états de confusion mentale. Si la note confusionnelle se retrouve en effet très souvent dans les psychoses toxiques, on n'admet plus aujourd'hui l'opinion de Régis dans son *Précis*, qui faisait de toutes ces psychoses de simples variantes de la confusion alcoolique.

Les manies symptomatiques sont classiquement considérées comme très rares. Aussi faut-il probablement penser que leur fréquence a augmenté au cours de ces dernières années en raison peut-être de la plus grande activité des thérapeutiques modernes ou d'un mode d'action pharmacodynamique particulier.

Après avoir résumé les aspects cliniques réalisés par chacun des quatre produits précités, avec une nouvelle observation personnelle, nous verrons s'il est possible d'en dégager une symptomatologie maniaque commune et quelles formes particulières elle peut prendre. Il sera intéressant, croyons-nous, de rapprocher ces symptômes observés des constatations des neurochirurgiens relatives aux états maniaques typiques et transitoires par manipulation volontaire ou non de la région diencephalique.

En nous aidant de l'électro-encéphalographie, nous nous demanderons enfin s'il est possible, à l'heure actuelle, d'émettre des hypothèses pathogéniques au sujet de la survenue de ces psychopathies maniformes symptomatiques.

Amphétamines

Nous nous étendrons peu sur la clinique des accidents provoqués par les amphétamines ; elle est, en effet, bien connue de tous. J. Delay et ses élèves ont étudié parfaitement le mode d'action et les indications de ces produits. H. Baruk en a rappelé récemment encore les dangers, mettant en relief surtout les syndromes hallucinatoires observés.

Les troubles provoqués varient à peu près suivant les doses. Des doses faibles donnent seulement une légère surexcitation et de l'insomnie ; à un degré supérieur, on observera des bouffées d'excitation fréquemment de type maniaque avec parfois agressivité ; la confusion et les hallucinations apparaissent généralement avec des doses encore plus fortes.

Deux points surtout sont à noter au sujet des psychopathies amphétaminiques.

Les amphétamines, au contraire des autres substances que

nous étudions, sont utilisées pour leur action psychique. Les signes d'intoxication ne sont en somme ici qu'une exagération des effets normalement attendus du traitement. L'état maniaque est donc prévisible quand cette action est excessive si l'on admet que la manie est d'abord une hyperactivité globale de toutes les fonctions psychiques. Le nom d'amines psychotoniques, qui est donné aux amphétamines, est d'ailleurs significatif à cet égard.

Il faut souligner ensuite qu'ici l'intoxication se présente sous la forme très spéciale d'une toxicomanie, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une intoxication volontaire, après accoutumance, chez des sujets dont le terrain neuro-psychique n'est habituellement pas très solide ; cette notion est à retenir.

Atébrine

Les accidents psychopathiques de l'atébrine ont été très minutieusement étudiés depuis une quinzaine d'années. Les malariologues de langue anglaise et de langue espagnole qui les ont observés les premiers ont très tôt mis l'accent sur leur aspect maniforme habituel. Leur étude paraît aujourd'hui à peu près complète et deux thèses récentes (Kammerer, Cabantous) donnent une bonne vue d'ensemble de la question. Nous en rapportons ici une nouvelle observation.

Les caractères généraux de ces troubles psychiques sont les suivants.

Ils sont liés de façon certaine à l'administration d'atébrine.

Leur fréquence est, selon les auteurs, de deux à cinq cas pour mille traitements atébriniques à des doses le plus souvent moyennes.

Ils peuvent commencer du 3^e jour après le début au 12^e jour après la fin du traitement ; leur durée est assez variable, mais en général plutôt courte, de quelques jours à deux mois.

Ces troubles affectent surtout la sphère thymique dans le sens d'une hyperexcitation. Leur intensité est très variable ; ils vont d'une irritabilité, avec parfois insomnie et onirisme, à « l'ivresse quinaquinique », peu différente de l'ivresse alcoolique, enfin à des psychoses caractérisées. Ces psychoses, souvent annoncées par un certain degré de confusion, se développent, de façon très habituelle, sous forme d'états hypomaniaques ou maniaques typiques. Cependant, Guija Morales note, dans une monographie de 1947 sur les psychoses palustres et atébriniques, qu'en général « un psychiatre averti parvient assez aisément à faire le

diagnostic de cet état avec une manie essentielle ». D'un point de vue phénoménologique il constate, en effet, que ces malades sont moins syntones, que leurs manifestations expansives entraînent moins de sympathie que celles des maniaques vrais.

L'appoint confusionnel est constant pour certains, rarissime pour d'autres ; chez notre malade il n'existait pas.

La présence d'antécédents psychopathiques est notée dans plus de la moitié des cas.

Voici notre observation.

Mme C., Josette, épouse B., 26 ans, sans profession, née en Isère.

Aucun antécédent psychopathique. Était absolument normale auparavant ; fille unique, sténo-dactylo, s'est mariée à 21 ans avec un ingénieur des mines.

Départ au Cameroun en 1946.

Paludisme depuis mai-juin 1947 ; elle prend d'abord de la quinine qu'elle supporte mal, puis de la quinacrine, mieux supportée apparemment ; elle en prend, à partir d'octobre 1947, deux à quatre comprimés par jour régulièrement.

A partir de décembre, elle présente un énervement progressivement croissant : agitation, logorrhée, sans euphorie très nette. Au début, elle réprimande violemment ses domestiques noirs puis se met à leur raconter sa vie intime ; éclats de rire immotivés ; elle s'occupait cependant de sa toilette, puis s'est désintéressée progressivement de sa maison, de son mari et de son enfant.

Elle commence alors à tenir des propos incohérents : disait être une espionne, qu'elle voulait être médecin, qu'elle était lieutenant...

Hospitalisée 15 jours à Yaoundé, deux cardiazols intraveineux l'ont améliorée ; son mari la reprend, elle paraît normale, la quinacrine est continuée, mais à doses plus faibles.

Le rapatriement est décidé et les troubles reparaissent au cours du voyage : même état qu'au début ; la malade est cependant moins violente, moins agressive. Dès l'arrivée à Marseille, elle fait une fugue, alors qu'elle était à l'hôtel ; son mari la retrouve au commissariat de police.

A son entrée à l'hôpital, malade un peu agitée, se promenant de long en large dans sa cellule ; maniérisme assez marqué ; elle répond parfois à côté, tient des propos incohérents, ou plus exactement devient rapidement incohérente : elle commence une phrase intelligible, puis suit une autre idée ; certains mots sont très souvent répétés : « particulièrement » et « précisément ». Elle dit avoir giflé un enfant dans le train, parce qu'il ne lui cédait pas assez vite sa place, elle dit qu'elle le reconnaît dans la salle et qu'il a été blessé par une mine.

Examen neurologique normal ; tension artérielle 14-8.

Le 1^{er} mars, elle présente un ictère quinacrinique. Elle est nettement plus calme, cependant toujours logorrhéique, abordant les sujets les plus divers.

Examens biologiques normaux (Bordet-Wassermann, urée, fond sanguin, numération globulaire).

Sort le 2 mars améliorée.

Très rapidement ensuite, l'état mental devient tout à fait satisfaisant, sans trace de confusion ni de délire, mais avec un état général assez déficient.

Cortisone et A.C.T.H.

Les troubles psychiques ne sont évidemment pas au premier rang des accidents survenant au cours de l'administration de la cortisone et de l'A.C.T.H. Mais leur intérêt est qu'ils adoptent fréquemment le type maniaque. Les auteurs américains, dès le début de l'utilisation de ces médicaments hormonaux, ont remarqué, chez les rhumatisants traités, « un état fréquent d'euphorie et d'hyperactivité intellectuelle, indépendamment même de l'amélioration des troubles articulaires » (Hench).

Un peu plus tard ont été décrits des cas de manie assez caractéristiques. Entre autres Hoefer et Glaser, Mach et Barrelet les ont signalés. En France récemment, Justin-Besançon, Klotz et Sikorav ont rapporté un cas de « manie aiguë au 3^e jour d'un traitement par la cortisone ». Zwingelstein, dans une thèse récente, résume la plupart des observations françaises de ces cas et déclare que ces psychoses revêtent en général « la forme d'une bouffée hyperthymique mêlée d'éléments confusionnels ». Il en déduit une théorie pathogénique selon laquelle un état de confusion mentale serait à la base, provoqué en particulier par le mécanisme de l'œdème cérébral, et enrichi de troubles thymiques. Un certain degré de confusion est en effet fréquent dans ces psychoses, mais parfois il ne dure que quelques jours, l'élément maniaque étant ensuite plus pur.

Ici encore, notons que les troubles sont provoqués par des doses moyennes et que beaucoup de sujets ont des antécédents psychopathiques plus ou moins analogues.

Dans un article récent, étudiant par des tests psychologiques l'action de l'A.C.T.H. et de la cortisone, J. Delay et P. Pichot ont trouvé, chez beaucoup de leurs malades, des éléments de la série moriatique, parfois voisins de ceux qu'on voit chez les lobotomisés.

Signalons quelques cas de troubles psychiques très différents provoqués par ces produits : Léchelle et Thévenard ont publié l'histoire d'une psychose hallucinatoire paraissant nettement déclenchée par ce traitement.

Hydrazide de l'acide isonicotinique

Dès son apparition dans l'arsenal antituberculeux, l'I.N.H. a été expérimentée sur une échelle assez vaste pour permettre aux phthisiologues de conclure que l'emploi de ce médicament est habituellement sans danger. Il est même considéré comme le plus maniable des antibiotiques.

Cependant, une certaine action sur la sphère psychique a été notée lors de son emploi. Dans des cas assez fréquents cette action est favorable, provoquant une certaine euphorie et améliorant même souvent des syndromes dépressifs banaux.

A titre d'incidents fréquents, on signale de légères céphalées, quelques vertiges, un peu d'insomnie et d'énervement. Mais plusieurs auteurs ont rapporté des accidents beaucoup plus rares et plus spécifiques.

Heilmeyer et ses collaborateurs ont observé un cas d'excitation maniaque nettement provoqué par l'I.N.H. D'autres ont signalé des éléments moins typiques du syndrome maniaque, mêlés à des éléments surtout confusionnels.

Benda, Kauffman et Buisson ont rapporté, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, trois cas de troubles psychiques par l'I.N.H., dont deux de manie franche ; l'un des deux présentait des antécédents de manie guérie par électro-chocs. Ces auteurs font remarquer en conclusion que :

1° les troubles psychiques observés sont liés de façon certaine à l'administration d'I.N.H. ;

2° ils apparaissent entre la 2^e et la 6^e semaine d'un traitement *per os* à dose quotidienne de 200 à 300 mgr., c'est-à-dire relativement très faible ;

3° dans 2/3 des cas à peu près on trouve, dans les antécédents, des psychopathies de même type.

Ces mêmes auteurs ont étudié systématiquement les modifications de l'électro-encéphalogramme chez les malades traités à l'I.N.H. (mais n'ayant pas présenté de troubles mentaux) et n'ont observé que de légères modifications non spécifiques.

Caractères communs de ces cas

Après ce bref résumé des études concernant ces intoxications, il convient d'en rechercher les éléments communs dont le rapprochement servira notre discussion. Envisageons d'abord pour cela deux points de vue, les mieux éclairés.

A) POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE

Cause directe : le médicament employé. — Un premier fait est certain, c'est que la cause déclenchante de ces psychoses est bien représentée par les produits incriminés et non par les maladies ayant motivé leur emploi. En effet, des troubles analogues ont pu être provoqués par ces médicaments à titre expérimental (G. Morals), ou par leur administration dans des maladies très différentes. Quand la maladie initiale est capable de donner des troubles psychiques, ceux-ci se différencient nettement des accidents du traitement ; ainsi pour les psychoses du paludisme et celles de l'atébrine (Th. Kammerer).

Causes secondaires ou favorisantes. — Elles ont été très soigneusement étudiées dans chaque cas par les auteurs.

Des considérations sur l'âge et le sexe des malades, il ne ressort rien de concluant.

Au sujet des doses, on peut dire qu'en général elles ont été moyennes ou faibles, et que d'ailleurs les troubles sont survenus souvent très tôt après le début du traitement. Ici, une réserve est à faire évidemment pour le cas des amphétamines.

Certains facteurs sont déjà plus importants mais n'ont rien de spécifique ; ils sont constitués par toutes les causes d'infériorité biologique. Celles-ci créent un état de moindre résistance de l'organisme, et nous sommes habitués à les voir favoriser toutes les intoxications. Ce sont les maladies ou infirmités associées, les hémorragies, les périodes de grossesse, de *post-partum* ou de menstruation, etc...

Enfin, un rôle capital doit être reconnu à un dernier facteur : le terrain. Celui-ci comporte d'abord les antécédents des malades. On note l'existence d'accidents psychopathiques plus ou moins similaires, personnels ou familiaux, dans deux tiers des cas environ. Cette proportion impressionnante incite tous les auteurs à conseiller une prudence extrême dans l'emploi de ces thérapeutiques chez des sujets présentant des antécédents psychiatriques.

L'état morbide qui a motivé le traitement constitue un autre facteur de terrain très important. Il est à noter que ces psychoses ne surviennent pas chez des sujets sains, mais au contraire chez des sujets dont l'équilibre humoral, endocrinien et neuro-psychique est très perturbé ; ce sont des rhumatisants ou asthmatiques, des tuberculeux, des paludéens, de petits déprimés ou déséquilibrés. Nous nous contentons ici de noter ce point qui mériterait un développement important.

B) POINT DE VUE CLINIQUE

Ce sont les caractères cliniques communs à ces tableaux d'intoxication qui nous semblent surtout capables d'en éclairer la discussion pathogénique.

L'élément confusionnel est fréquent, quoique souvent au second plan au cours de ces psychoses. Si pour certains il est rare, la majorité l'estime presque constant. Mais son observation est banale dans les psychopathies toxiques et il ne peut certainement pas être donné pour caractéristique des états que nous étudions.

D'autres signes, les plus divers, sont parfois mêlés à ces tableaux. Ainsi, un élément hallucinatoire est relativement fréquent dans les psychoses amphétaminiques. Des éléments dépressifs peuvent s'ajouter au tableau de l'intoxication par la corticothérapie surrénale (Bertagna). Des bouffées d'anxiété s'observent aussi dans un assez grand nombre de cas.

Mais l'élément d'excitation, que l'on retrouve dans la grande majorité des cas, nous paraît beaucoup plus original et c'est lui qui nous a incités à établir un rapprochement entre ces états. Cette excitation est presque toujours très différente de celle que l'on observe dans les confusions agitées, en particulier dans la confusion alcoolique. Son aspect la rapproche au contraire très souvent de l'excitation maniaque. Nous n'en rappellerons pas les signes, ce sont tous les symptômes de la manie diversement associés, parfois au complet.

La possibilité d'états mixtes, dans les psychoses de la cortisone par exemple, ou de mélancolie par l'I.N.H., n'est pas pour contredire ce que l'on pourrait appeler la « note diencéphalique » de ces psychopathies.

En résumé, les psychopathies que nous étudions ont habituellement une symptomatologie complexe comportant des éléments banals des psychoses toxiques, la confusion en particulier. Ce-

pendant un appoint maniaque à peu près habituel permet de les réunir, c'est ce que nous avons fait en intitulant cet article : « Manies symptomatiques ». Cette position, qui peut sembler un peu arbitraire, nous paraît justifiée par le fait que cet aspect maniaque est parfois pur.

Rapprochement avec les « manies chirurgicales »

Parmi les manies secondaires de cause décelable, une place de choix revient évidemment à ces « manies chirurgicales » provoquées par des manipulations ou des excitations électriques de la région diencephalique (Fulton et Bailey, Cl. Vincent, Foerster, etc...). Elles semblent réaliser le type même de l'expérimentation « in vivo ». On ne déclenche pas par ce moyen des accès maniaques de longue durée, analogues à ceux de la psychose maniaco-dépressive, mais des symptômes transitoires qui n'en sont pas moins typiques. A signaler que ce syndrome est obtenu même chez des sujets n'ayant pas le moindre antécédent psychiatrique.

Il est très valable de déduire de ces faits, sinon que la région du III^e ventricule est responsable de façon exclusive de tous les syndromes maniaques, du moins qu'elle se trouve dans le circuit physio-pathologique ordinaire de ces syndromes, et probablement même qu'elle est un point essentiel de ce circuit. C'est l'opinion de la plupart des auteurs. Nous admettons donc, dans le cas particulier qui nous intéresse, que l'action des médicaments responsables doit s'exercer de quelque façon (directe ou indirecte) sur cette région.

Electro-encéphalographie

Un certain nombre d'études électro-encéphalographiques ont déjà été faites de l'action de ces médicaments. Pour les amphétamines et la cortisone en particulier, les constatations de Gastaut et de ses collaborateurs sont d'un grand intérêt.

L'administration de ces deux derniers corps à des chats anesthésiés amène une augmentation considérable de l'excitabilité neuronique corticale. Cette hyperexcitabilité est mise en évidence par le raccourcissement de la « période réfractaire absolue », c'est-à-dire que chaque cellule répond plus vite à un stimulus itératif.

Etant donné la difficulté d'obtenir des tracés corrects de malades en état d'excitation maniaque, il faut interpréter ces résultats

par analogie ; il est assez naturel de traduire ces faits en clinique humaine par l'hyperactivité psycho-motrice, base de l'excitation maniaque.

Malgré l'intérêt de ces constatations, il est certain que tout n'est pas encore expliqué. On peut se demander par exemple si l'hyperexcitabilité neuronique est provoquée par une action directe sur les cellules du cortex ou sur les formations de la base chargées de régler l'électrogénèse cérébrale.

Restent les deux autres produits. Les premières études faites sur les modifications électro-encéphalographiques dues à l'I.N.H. ont montré des altérations certaines, mais assez discrètes, peu spécifiques et inconstantes.

Il n'y a pas encore, à notre connaissance, d'étude concluante faite sur l'électro-encéphalogramme dans l'intoxication atébrinique.

Hypothèses et conclusion

Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer cette similitude d'aspects psychopathiques. On peut, *grosso modo*, mettre en valeur une analogie soit entre les drogues elles-mêmes, soit entre les malades qui présentent ces troubles.

I. ANALOGIE DES DROGUES

a) *Parenté chimique*. — Cette hypothèse, la première qui vienne à l'esprit et la plus séduisante, aboutirait à attribuer la production du syndrome maniaque à une structure moléculaire déterminée, présente dans la formule des quatre corps. Elle se rapproche de l'hypothèse de Buscaino relative aux syndromes schizophréniques d'origine toxique. On sait que cet auteur prête une action « schizophrénogène » au radical diéthylamine, présent dans la formule d'alcaloïdes responsables de plusieurs de ces syndromes.

Dans le cas présent une telle supposition paraît bien gratuite. Il semble difficile de trouver des corps chimiquement plus différents que ces quatre, en dehors du fait qu'ils comportent tous une ou plusieurs fonctions amines.

b) *Parenté pharmacodynamique*. — A première vue, ces quatre thérapeutiques semblent exercer dans l'organisme des actions bien diverses :

les amphétamines sont, en gros, des sympathicomimétiques ;
l'atébrine est un parasiticide ;

la cortisone et l'A.C.T.H. sont des hormones ;
l'isoniazide est un bactériostatique.

Pourtant, par certaines au moins de leurs propriétés, on peut les rapprocher. Deux de ces corps possèdent une action neuro-trope. Celle des amphétamines est la principale utilisée et s'opère surtout par l'intermédiaire du système nerveux végétatif. Pour l'atébrine, dont ce n'est pas la propriété essentielle, cette affinité pour le système nerveux a été montrée expérimentalement par Hecht en 1933. Cet auteur a constaté qu'avec des doses très fortes d'atébrine chez des animaux, la mort est précédée de phénomènes nerveux : grande excitation, convulsions ; et on trouve à l'autopsie une importante fixation du toxique dans le tissu cérébral.

Nos deux autres médicaments ont une action hormonale, notamment sur le couple hypophyse-corticosurrénale. La cortisone est l'hormone corticosurrénale elle-même, l'A.C.T.H. est l'hormone corticotrope hypophysaire. Quant à l'I.N.H., trois auteurs romains (Besta, Valenti et Lenti), ont montré, dans un article récent, que cet antibiotique provoque, chez tous les malades traités, une hyperactivité transitoire de la corticosurrénale.

Or, on connaît bien la synergie neuro-endocrinienne entre cortex cérébral, diencéphale, hypophyse et corticosurrénale ; ce sont les chaînons les plus importants dans le mécanisme du « syndrome général d'adaptation » de Selye. Si ces faits font entrevoir une possible parenté d'action de ces corps *a priori* très dissimilaires, ils ne constituent pas pour autant une explication complète. Le facteur proprement maniaque n'est pas encore trouvé.

II. ANALOGIE DU TERRAIN

Nous avons déjà vu le rôle capital du terrain dans la production de ces psychopathies. Cela est à rapprocher des observations de Marchand sur les accès maniaques révélateurs de tumeurs cérébrales, chez des sujets ayant présenté, de longues années auparavant, des accidents analogues et vraisemblablement idiopathiques. La tumeur semble bien alors exercer une action non spécifique qui réveille une prédisposition du sujet.

Peut-on admettre dans nos cas aussi que la « potentialité maniaque » préexiste toujours à l'intoxication et qu'elle aurait pu être déclenchée par n'importe quelle agression ? L'explication, ici encore, n'est pas suffisante. En effet il reste un certain nombre de cas où les antécédents maniaques ne sont pas retrouvés. Et

nous connaissons d'autres toxiques qui manifestent leur individualité en produisant des syndromes mentaux très différents ; la mescaline ou la conessine, par exemple, sont plus volontiers hallucinogènes.

Il resterait à approfondir beaucoup de questions à propos du problème que nous avons envisagé, par exemple le rapprochement avec les psychoses endocriniennes étudiées récemment par J. Delay, Pierre-Klotz et d'autres ; ou encore la possibilité de processus allergiques à l'origine de ces accidents. Mais nous avons voulu ici beaucoup plus poser des problèmes qu'en résoudre et nous nous contentons de souligner encore, en terminant, cette similitude d'aspects cliniques assez originaux qui semblent enrichir le cadre des psychopathies toxiques.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Amphétamines

1. ALLIEZ (J.). — Délire amphétaminique. *Encéphale*, 1953, 1, 21-26.
2. BARUK (H.) et JOUBERT (P.). — Action thérapeutique et dangers des amphétamines ou amines psychotoniques. Toxicomanie et délire hallucinatoire ortédrinique. *Annales médico-psychologiques*, 1953, 3, 304-314.
3. DELAY (J.). — *Méthodes biologiques en clinique psychiatrique*, Paris, 1950.

Atébrine

4. ALLEN (E. W. et H. D.) et FULGHUM (C. B.). — Psychosis following the administration of Atebrin for malaria. *Jl. Med. Assoc. Georgia*, 1937, 26, 62.
5. ALLIEZ (J.), PAYAN (H.) et CAIN (J.). — Deux observations de psychoses atébriniques. *Annales médico-psychologiques*, 1948, 1, 590-594.
6. CABANTOUS (J.-A.-M.). — *Thèse*, Bordeaux, 1949, n° 138.
7. COLETTE (Mlle) et POROT (M.). — Les psychoses quinaébriniques. *Algérie médicale*, 1948, 51, 375-386.
8. ENGEL (G. D.), ROMANDO (J.) et FERRIS (E. B.). — Effets de la quinaébrine sur le système nerveux central. *Arch. of Neur. and Psych.*, 1947, 58, 337-351.
9. FAVRE (A.). — Atébrine et psychoses. *Encéphale*, 1949, 8, 381-387.
10. GUIJA MORALES (E.). — *Psicosis paludicas y atebrinicas*, 1 vol., Barcelone, 1947.
11. HECHT (G.). — Pharmakologisches über Atebrin. *Arch. f. exp. Path. und Pharm.*, 1933, 170, 328.
12. KAMMERER (Th.). — *Thèse*, Alger, 1941.
13. KANG (T.) et GARVIS (B. W.). — Maniacal Symptoms following use of Atebrin. *Records Malaria Survey of India*, 1935, 5, 393.
14. KINGSBURY. — Psychosis in cases of Malaria following exhibition of Atebrin. *The Lancet*, 1934, 227, 979.

Cortisone et A.C.T.H.

15. BERTAGNA (L.). — Les troubles psychiques de la corticothérapie surrénale. *Thérapie*, 1952, 7, 314-318.
16. COSTE (F.), BERTAGNA (L.) et FLAVIGNY (H.). — Psychose après A.C.T.H. *Bulletin de la Ligue française contre le rhumatisme*, séance du 13 déc. 1956.
17. DELAY (J.), PICHOT (P.), PERSE (J.) et AUBRY (J.-L.). — Etude expérimentale des modifications psychologiques produites par les traitements à l'A.C.T.H. et la cortisone. *Encéphale*, 1952, 5.
18. HOFER et GLASER. — Psychose maniaque au troisième jour ; arrêt après interruption du traitement. *Proc. of the first A.C.T.H. Conference, J.A.M.A.*, 1950, 143, 620.
19. JUSTIN-BESANÇON (L.), PIERRE-KLOTZ (H.) et SIKORAV (H.). — Manie aiguë au troisième jour d'un traitement par la cortisone. *Bulletin et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1951, 13-14, 578-584.
20. MACH et BARRELET. — Manie aiguë avec écholalie persistant 28 jours après arrêt d'un traitement par cortisone. *Praxis*, 1950, 41, 875-878.
21. ROGER (J.), GASTAUT (H.), ROGER (A.). — A propos du mode d'action de la cortisone sur les structures nerveuses centrales. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1951.
22. ZWINGELSTEIN. — A.C.T.H., cortisone et troubles mentaux. *Thèse*, Bordeaux, 1952.

Isoniazide

23. BENDA (R.), KAUFFMAN (P.) et BUISSON (J.-F.). — Trois cas de troubles psychiques au cours de traitements par l'I.N.H. chez des tuberculeux pulmonaires. *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1953, 9-10, 255-257.
 24. BERG. — Traitement de la tuberculose par l'I.N.H. *Klin. Wochenschr.*, 1952, 39-40, 959.
 25. BESTA (B.), VALENTI (S.) et LENTI (R.). — Action sur la corticale surrénale du traitement par l'hydrazide de l'acide isonicotinique. *Il Policlinico*, Rome, 1952, 59, 1181-1186.
 26. DELAY (J.), LAINÉ (B.) et BUISSON (J.-F.). — Note concernant l'action de l'I.N.H. utilisé dans le traitement des états dépressifs. *Annales médico-psychologiques*, 1952, 2-5, 689.
 27. HEILMEYER, SCAICH, BUCHEGER et KILCHING. — Etat d'excitation maniaque lors du traitement par l'I.N.H. *Münch. Med. Wochenschr.*, 1952, 41, 1303-1307.
 28. KONIECZNY (St.). — Expériences cliniques faites jusqu'ici dans la tuberculose pulmonaire avec l'I.N.H. *Artzt. Wochenschr.*, 1952, 41, 957.
 29. KRIESER, SANDERSON, VIK et MYERS. — Effects of isonicotinic Acid Hydrazid in Mentally ill Patients. *Diseases of chest*, 1953, 1, 28-35.
 30. LETAILLIEUR (M.) et SCHMIDT (P.). — Troubles psychiques symptomatiques d'une intoxication par l'I.N.H. *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1953, 1, 246-251.
 31. PATIENT (A.). L'I.N.H. du point de vue du malade traité. *The Lancet*, 1952, 263, 337.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*fondée le 26 avril 1852,
reconnue comme établissement d'utilité publique
par décret du 11 décembre 1867*

LISTE

des présidents, secrétaires généraux et trésoriers
de la Société médico-psychologique depuis sa fondation
(1852-1952)

Présidents (1)

1852-1853	MM. G. FERRUS.	1878	MM. J. BAILLARGER.
1853-1854	P. GERDY.	1879	Prosper LUCAS.
1854-1855	P. BUCHEZ.	1880	H. LEGRAND DU SAULLE.
1855-1856	J.-B. PARCHAPPE.	1881	J. LUYSS.
1856-1857	J.-L. PEISSE.	1882	DALLY.
1857-1858	J. BAILLARGER.	1883	A. MOTET.
1858-1859	L. CERISE.	1884	A. FOVILLE.
1859-1860	U. TRÉLAT.	1885	H. DAGONET.
1861	A. BRIERRE DE BOISMONT	1886	Armand SEMELAIGNE.
1862	Adolphe GARNIER.	1887	V. MAGNAN.
1863	L. DELASIAUVE.	1888	J. COTARD.
1864	J.-J. MOREAU DE TOURS.	1889	Jean-Pierre FALRET.
1865	J. GIRARD DE CAILLEUX.	1890	B. BALL.
1866	Félix VOISIN.	1891	BOUCHEREAU.
1867	Paul JANET.	1892	Théophile ROUSSEL.
1868	R. BROCHIN.	1893	J. CHRISTIAN.
1869	CONSTANS.	1894	Auguste VOISIN.
1870-1871	E. LASÈGUE.	1895	Paul MOREAU DE TOURS.
1872	Jules FALRET.	1896	Eugène CHARPENTIER.
1873	L. LUNIER.	1897	Paul GARNIER.
1874	Ch. LOISEAU.	1898	H. MEURIOT.
1875	J. BLANCHE.	1899	Jules VOISIN.
1876	DUMESNIL.	1900	V. MAGNAN.
1877	E. BILLOD.	1901	A. JOFFROY.

(1) Fondée le 26 avril 1852, la Société médico-psychologique fut présidée d'abord par FERRUS et, jusqu'en 1860, choisit en juillet son président annuel. A partir de 1860, le président fut élu à la séance de décembre pour entrer en fonctions au mois de janvier.

1902	MM. A. MOTET.	1930	MM. J. CAPGRAS.
1903	Gilbert BALLET.	1931	Henri CLAUDE.
1904	BRUNET.	1932	L. MARCHAND.
1905	Ch. VALLON.	1933	Georges DUMAS.
1906	M. BRIAND.	1934	R. MIGNOT.
1907	G. DENY.	1935	Th. SIMON.
1908	J. SÉGLAS.	1936	Cl. VURPAS.
1909	LEGRAS.	1937	René CHARPENTIER.
1910	F.-L. ARNAUD.	1938	A. FILLASSIER.
1911	P. SÉRIEUX.	1939	M. LAIGNEL-LAVASTINE.
1912	M. KLIPPEL.	1940	P. GUIRAUD.
1913	René SEMELAIGNE.	1941	Achille DELMAS.
1914-1916	A. VIGOUROUX.	1942	A. BARBÉ.
1917	Ph. CHASLIN.	1943	H. BEAUDOUIN.
1918	Henri COLIN.	1944	J. LHERMITTE.
1919	J.-M. DUPAIN.	1945	A. BAUDOUIN.
1920	M. TRÉNEL.	1946	G. DEMAY.
1921	Fl. PACTET.	1947	Eug. MINKOWSKI.
1922	Ed. TOULOUSE.	1948	A. FRIBOURG-BLANC.
1923	A. ANTHEAUME.	1949	G. HEUYER.
1924	V. TRUELLE.	1950	X. ABÉLY.
1925	J. ROUBINOVITCH.	1951	H. WALLON.
1926	P. SOLLIER.	1952	G. COLLET.
1927	M. LEGRAIN.	1953	D. SANTENOISE.
1928	Raoul LEROY.	1954	B. LOGRE.
1929	Picte. JANET.		

Secrétaires généraux

1852-1856	MM. A. DECHAMBRE.	1920-1930	MM. Henri COLIN.
1856-1858	L. CERISE.	1930-1935	René CHARPENTIER.
1858-1859	A. BRIERRE DE BOISMONT	1936-1940	P. COURBON.
1859-1861	Th. ARCHAMBAULT.	1941-1942	J. VIÉ.
1862-1866	R. BROCHIN.	1943-1952	J. DUBLINEAU.
1867-1873	Ch. LOISEAU.	1953	Paul ABÉLY.
1873-1881	A. MOTET.	1954	Xavier ABÉLY.
1882-1920	Ant. RITTI.		

Trésoriers-Archivistes

1852-1855	MM. C.-F. MICHÉA.	1908-1920	MM. F. PACTET.
1855-1861	R. BROCHIN.	1921-1931	R. MALLET.
1862-1871	H. LEGRAND DU SAULLE.	1931-1936	Mme L. THUILLIER-LANDRY.
1872-1892	Auguste VOISIN.	1937-1946	MM. G. COLLET.
1893-1897	Jules VOISIN.	1947-1952	P. MENUAU.
1898-1902	BRUNET.	1953-1954	O. GARAND.
1903-1908	A. ANTHEAUME.		

BUREAU POUR 1954

Président : M. B. LOGRE.

Vice-président : M. Paul ABÉLY.

Secrétaire général : M. Xavier ABÉLY.

Trésorier-Archiviste : M. O. GARAND.

Secrétaires des séances : MM. M. BERGERON et P. SIVADON.

LISTE DES MEMBRES établie le 1^{er} janvier 1954 ⁽¹⁾

Membres titulaires honoraires (20)

Membres titulaires
depuis :

1893. MM. PACTET.
1910. PIÉRON.
1911. MARCHAND.
— René CHARPENTIER.
1920. Th. SIMON.
1924. GUIRAUD.
1926. COURBON.
1927. MINKOWSKI.
1930. GUILLAIN.
— ANDRÉ-THOMAS.

Membres titulaires
depuis :

1930. M. FRIBOURG-BLANC.
1931. Mme THUILLIER-LANDRY.
— MM. WALLON.
— Jacques BARUK.
— DESRUELLES.
— LAGRIFFE.
— Jean LÉPINE.
— BOURGUIGNON.
— VIGNAUD.
1934. BRISSOT.

Membres titulaires (91)

Membres titulaires
depuis :

1920. MM. BARBÉ.
1924. J. LHERMITTE.

Membres titulaires
depuis :

1926. MM. LOGRE.
1927. D. SANTENOISE.

(1) Les candidats au titre de *membre titulaire*, *membre correspondant national* ou *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique, doivent adresser au secrétaire général, en même temps que leur lettre de candidature, une liste de titres et travaux scientifiques et un exemplaire de leurs publications.

Membres titulaires
depuis :

1927. MM. H. BEAUDOUIN.
1930. HEUYER.
— XAVIER ABÉLY.
— A. BAUDOUIN.
— GENIL-PERRIN.
1931. Paul ABÉLY.
— CEILLIER.
— VINCHON.
— Henri BARUK.
— A. BOREL.
— COLLET.
— TARGOWLA.
— PÉRON.
— BONHOMME.
— GOURIOU.
— P. COMBEMALE.
— EUZIÈRE.
— GUICHARD.
— J. HAMEL.
— HESNARD.
— LAUZIER.
— NAYRAC.
— A. POROT.
— RAVIART.
— VIEUX.
— LARGEAU.
1932. CÉNAC.
1934. LERAT.
1935. PORC'HER.
1937. POMMÉ.
— BROUSSEAU.
— MARTIMOR.
— ALLAMAGNY.
— VILLEY-DESMESERETS.
1938. CHATAGNON.
1939. H. ROGER.
— BEAUSSART.
— LE SAVOUREUX.
— DUBLINEAU.
1940. MONTASSUT.
— Henri EY.
— BESSIÈRE.
— PICARD.
1941. Mlle CULLERRE.

Membres titulaires
depuis :

1941. MM. Jean DELAY.
1942. MENUAU.
— RONDEPIERRE.
— DELMAS-MARSALET.
— HYVERT.
1943. COSSA.
1944. Frantz ADAM.
— RISER.
1945. J. DECHAUME.
1946. MASQUIN.
— CHANÈS.
— MICHAUX.
— MALE.
— TEULIÉ.
— LAGACHE.
— SIVADON.
— DAUMÉZON.
1947. DONNADIEU.
— HAZEMANN.
— GARDIEN.
— LECONTE.
— LE GUILLANT.
— GALLOT.
— SOULAIRAC.
— TISON.
1948. W. AUBRUN.
1949. ROUART.
— BERGERON.
— POTTIER.
— SCHAEFFER.
1951. DAVID.
— GARAND.
— CRÉMIEUX.
— TUSQUES.
— MEIGNANT.
— VULLIEN.
1952. J. BOREL.
— HÉCAEN.
— CARON.
— LÔO.
1953. AUBIN.
— SUTTER.
— M. POROT.

Membres correspondants nationaux (221)

Membres correspondants depuis :	Membres correspondants depuis :
1904. MM. VERNET.	1936. MM. MANS.
1913. VOIVENELLE.	— FEUILLADE.
1919. BOUDON.	1937. BRIAU.
— BENON.	— PIERSON.
1920. VIAN.	— L. ANGLADE.
1923. Ch. REBOUL-LACHAUX.	— Mme CROZET.
1924. PRINCE.	— MM. DOUSSINET.
1925. Gilbert ROBIN.	— Jean ROYER.
1930. ALAJOUANINE.	1938. FERDIÈRE.
— DELAVILLE.	— SCHERRER.
1931. BARRÉ.	— THUILLIER.
— GONNET.	— BELEY.
— MACÉ DE LÉPINAY.	— FRÉTET.
— LAMACHE.	— FAIL.
— GRIMBERT.	— DUCOUDRAY.
— LABUCHELLE.	1939. ALLIEZ.
— ERNST.	— PICTE ROYER.
— PERRUSSEL.	— BARDENAT.
— ARTUR.	— M. ROUGEAN.
— FROMENTY.	— FORTINEAU.
1932. MESTRALLET.	— GÉRAUD.
— P. LASSALLE.	1940. MENER.
— OMBRÉDANE.	— COULÉON.
— TRIVAS.	— Mlle ROUSSET.
— BURCKARD.	— MM. ADNÈS.
1933. CUEL.	1941. LAMARCHE.
— DAUSSY.	— Alexandre SIZARET.
— POTET.	1942. DEVALLET.
1934. LÉCULIER.	— VIDART.
— MARESCHAL.	— COULONJOU.
— LACAN.	— Mlle JACOB.
— Mme VOLKRINGER.	— MM. BOUVET.
— MM. BARGUES.	— NEVEU.
— FREY.	— FAU.
1935. GOT.	— J.-Fr. BUVAT.
— DURAND-SALADIN.	— MAURICE.
— J. LASSALE.	— DÉROBERT.
— CHRISTY.	— VALENCE.
— DUPYTOUT.	— FURET.
— TRILLOT.	— HUGUES.
— LECLERCQ.	1943. FOUQUET.
— CASALIS.	— BONNAFÉ.
— Mme HUMBERT-DEROMBIES.	1943. RIVIÈRE.
— M. RURENOVITCH.	— PERROT.
1936. Mme MASSON.	— PAGÈS.
— Mlle DESCHAMPS.	— LABOUCARIÉ.

<i>Membres correspondants</i> depuis :	<i>Membres correspondants</i> depuis :
1943. MM. PERRIN.	1948. MM. MANCEAUX.
1944. CARROT.	SCHACHTER.
— DUCHÈNE.	DIGO.
— FOLLIN.	— L. GAYRAL.
— GISCARD.	— DURAN.
— COULON.	— BERTRAND.
— LETAILLEUR.	— BOUQUEREL.
— BACHET.	— CARRÈRE.
1945. BERNARD.	— N. DUC.
— J. NAUDASCHER.	— BOUDOURESQUES.
— G. NÉRON.	— BUFFET.
— Mme DREYFUS-MOREAU.	— Mlle SAULNIER.
— MM. CHARLIN.	— MM. WIBROTTE.
— J. CARRIER.	— PERREAU.
— P. GIRARD.	1949. JACQUEL.
— D. COLOMB.	— H. MIGNOT.
1946. Mlle LEURET.	— Mlle THÉVENIN.
— MM. OLLIVIER.	— MM. TOSQUELLES.
— VALLADE.	— KOHLER.
— COCHEMÉ.	— LEBOVICI.
— COUDERC.	— BURSTIN.
— DANJOU.	— IGERT.
— Mme CAVÉ.	— PEIFFER.
— MM. Ch. DURAND.	— MALLET.
— NODET.	— PICHOT.
— ELIASCHEFF.	— TARBOURIECH.
1947. GOLSE.	— BELFILS.
— BERTHON.	— PICART.
— FEUILLET.	1950. JOYEUX.
— BOITTELE.	— OULÈS.
— LEYRITZ.	— AMADO.
— BARRÈRE.	— J.-Cl. DUBOIS.
— BAUMGARTNER.	— Mlle GANIDEL.
— MORICE.	— Mme RAIMBOURG.
— CLERC.	— MM. PARIENTE.
— PÉCHOUX.	— PASQUET.
— BUREAU.	— DENIKER.
— COURCHET.	1951. Pierre SIZARET.
— PROVOST.	— Mme RAGU-FREY.
— STEVENIN.	— MM. CAIN.
— Mlle GRANIER.	— VERDEAUX.
— MM. FOUKS.	— LOBEL.
— LAFON.	— BOUR.
— DESHAIES.	— BLANDIN.
1948. Jean BEAUDOUIN.	— RIGAL.
— ROUAULT DE LA VIGNE.	— Mme I. DE BURES-MACKENSEN.
— PARAIRE.	— M. BARON.
— CHAURAND.	— CHERTOK.

Membres correspondants
depuis :

1951. MM. GUYOT.
— HAMON.
1952. ANGEL.
— ZABOROWSKI.
— CHABÉ.
— SINGER.
— LACATON.
— Mlle HOFFER.
— MM. KOECHLIN.
— MARCHAIS.
— SUTTEL.
— GACHKEL.
— J. ROGER.
1953. KLEIN.
— RAMÉE.
— R. LEULIER.
— Mme H. LEULIER.

Membres correspondants
depuis :

1953. MM. AYMÉ.
— BENOISTON.
— LEROY.
— RANCOULE.
— BORENSTEIN.
— SCHWEICH.
— BERNARD.
— ACHALLE.
— LE BEAU.
— LE BRAS.
— BENSOUSSAN.
— FELD.
— NAVARRANNE.
— THUILLIER.
— TIXADOR.
— J. DE MONTRÉMY.

Nous donnons ci-après la liste et les adresses des *membres titulaires honoraires*, des *membres titulaires*, des *membres correspondants nationaux* et des *membres associés étrangers* avec la date de leur entrée dans la Société. Prière d'adresser toutes rectifications au secrétaire général de la Société médico-psychologique.

Membres titulaires honoraires (20)

MM. BARUK (Jacques), 19, rue Mirabeau, à Angers (Maine-et-Loire). — 26 décembre 1910.
BOURGUIGNON (Georges), 15, rue Royer-Collard, Paris (V^e). — 22 décembre 1930.
BRISOT (Maurice), 34, rue de la Clef, Paris (V^e). — 27 juin 1921.
CHARPENTIER (René), 27, avenue de la Costa, à Monte-Carlo. — 30 décembre 1907.
COURBON (Paul), 48, rue d'Alésia, Paris (XIV^e). — 18 décembre 1916.
DESRUELLES (Maurice), 14, quai Maréchal-Foch, à La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 26 janvier 1931.
FRIBOURG-BLANC (André), 16, place Notre-Dame, à Grenoble (Isère). — 22 décembre 1930.
GUILLAIN (Georges), 215 bis, boulevard Saint-Germain, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
GUIRAUD (Paul), 4, rue Maria-Deraisme, Paris (XVII^e). — 27 novembre 1922.
LAGRIFFE (Lucien), 14, place Mesclouguen, à Quimper (Finistère). — 18 décembre 1905.
LÉPINE (Jean), 11, rue Forestière du Mont-Boron, à Nice (Alpes-Maritimes). — 22 février 1909.

- MM. MARCHAND (Léon), 47, rue Falguière, Paris (XV^e). — 25 mars 1901.
 MINKOWSKI (Eugène), 132, boulevard Montparnasse, Paris (XIV^e). — 25 mai 1925.
 PACTET (Fl.), à Poligny (Jura). — 29 février 1892.
 PIÉRON (Henri), 52, route de la Plaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 27 avril 1903.
 SIMON (Théodore), 2, rue de Fleurus, Paris (VI^e). — 24 mai 1909.
 THOMAS (André), 28, rue Marbeuf, Paris (VIII^e). — 22 décembre 1930.
 M^{me} THUILLIER-LANDRY (L.), 102, rue de Grenelle, Paris (VII^e). — 26 janvier 1931.
 MM. VIGNAUD (Jean-Baptiste), 4, avenue du Général-Leclerc, Paris (XIV^e). — 28 novembre 1927.
 WALLON (Henri), 19, rue de la Tour, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.

Membres titulaires (91)

- MM. ABÉLY (Paul), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 30 juin 1924.
 ABÉLY (Xavier), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 27 juin 1921.
 ADAM (Frantz), Hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin). — 23 février 1931.
 ALLAMAGNY (P.), 10, route du Domaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 29 mars 1921.
 AUBIN (Henri), 1, chemin du Coudon, à Chamalières (Puy-de-Dôme). — 26 octobre 1936.
 AUBRUN (Witold), 73, rue de Courcelles, Paris (VIII^e). — 27 octobre 1941.
 BARBÉ (André), 39, rue de l'Université, Paris (VII^e). — 24 avril 1911.
 BARUK (Henri), 57, rue Général-Leclerc, à Saint-Maurice (Seine). — 26 janvier 1931.
 BAUDOUIN (Alphonse), 5, rue Palatine, Paris (VI^e). — 22 décembre 1930.
 BEAUDOUIN (Henri), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 22 septembre 1924.
 BEAUSSART (Paul), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — 25 novembre 1912.
 BERGERON (Marcel), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — 24 novembre 1947.
 BESSIÈRE (René), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 24 octobre 1938.
 BONHOMME (J.), 17, rue de Penthièvre, à Sceaux (Seine). — 27 novembre 1916.
 BOREL (Adrien), 11, quai aux Fleurs, Paris (IV^e). — 29 décembre 1923.
 BOREL (Jacques), Hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse, à Ste-Geneviève-des-Bois (S.-et-O.). — 23 décembre 1935.
 BROUSSEAU (Albert), 109, avenue Henri-Martin, Paris (XVI^e). — 30 janvier 1922.
 CARON (Marcel), Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — 25 juin 1934.
 CEILLIER (André), 10, Cité Vaneau, Paris (VII^e). — 28 mai 1923.

- MM. CÉNAC (Michel), 4, rue de Babylone, Paris (VI^e). — 28 juin 1926.
- CHANÈS (Charles), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 22 janvier 1940.
- CHATAGNON (Pierre), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 juillet 1914.
- COLLET (Georges), 6, avenue des Marronniers, à Fontenay-sous-Bois (Seine). — 23 février 1914.
- COMBEMALE (Pierre), 128, boulevard de la Liberté, à Lille (Nord). — 28 mai 1931.
- COSSA (Paul), 29, boulevard Victor-Hugo, à Nice (Alpes-Maritimes). — 22 juin 1931.
- CRÉMIEUX (Albert), 255, rue Paradis, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 octobre 1936.
- M^{lle} CULLERRE (Elisabeth), Hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 18 décembre 1934.
- MM. DAUMÉZON (Georges), Hôpital psychiatrique Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 22 novembre 1937.
- DAVID (Marcel), 4, rue Galliera, Paris (XVI^e). — 28 février 1938.
- DECHAUME (Jean), 16, quai de Tilsitt, à Lyon (Rhône). — 26 novembre 1934.
- DELAY (Jean), 53, avenue Montaigne, Paris (VIII^e). — 27 février 1939.
- DELMAS-MARSALET (Paul), 144, rue Abbé-de-l'Épée, à Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.
- DONNADIEU (André), Hôpital psychiatrique de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde). — 28 mai 1934.
- DUBLINEAU (Jean), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 février 1933.
- EUZIÈRE (Jean), 18, rue Marceau, à Montpellier (Hérault). — 28 mai 1931.
- EY (Henri), Hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir). — 27 juin 1932.
- GALLOT (M.), 160, avenue de Suffren, Paris (VII^e). — 22 décembre 1938.
- GARAND (Ollivier), Maison de Santé, 2, rue de Paris, à Garches (Seine-et-Oise). — 23 février 1948.
- GARDIEN (Pierre-Etienne), Hôpital psychiatrique de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — 25 octobre 1937.
- GENIL-PERRIN (Georges), 63, boulevard Raspail, Paris (VII^e). — 29 décembre 1919.
- GOURIOU (Paul), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — 27 avril 1931.
- GUICHARD (Valentin), 7, boulevard de Cessole, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 mai 1931.
- HAMEL (Jacques), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.
- HAZEMANN (Robert), 17, rue Thouin, Paris (V^e). — 25 janvier 1943.
- HÉCAEN (Henri), 1, rue de Villersexel, Paris (XII^e). — 22 février 1943.
- HESNARD (André), 47 bis, Littoral Frédéric Mistral, à Toulon (Var). — 29 décembre 1923.
- HEUYER (Georges), 1, avenue Emile-Deschanel, Paris (VII^e). — 27 décembre 1926.

- MM. HYVERT (Maurice), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (Oise). — 26 janvier 1931.
- LAGACHE (Daniel), Professeur à la Faculté des Lettres, Sorbonne, Paris (V^e). — 28 janvier 1935.
- LARGEAU (Robert), 29, rue de Clichy, Paris (IX^e). — 22 décembre 1930.
- LAUZIER (Jean), Hôpital psychiatrique de la Chartreuse, à Dijon (Côte-d'Or). — 26 mars 1928.
- LECONTE (Maurice), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 24 octobre 1938.
- LE GUILLANT (Louis), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — 27 juin 1932.
- LERAT (H.), 6^{bis}, avenue Carnot, à La Rochelle (Charente-Inférieure). — 28 juillet 1913.
- LE SAVOUREUX (Henri), Maison de Santé de La Vallée-aux-Loups, à Châtenay-Malabry (Seine). — 24 juin 1935.
- LHERMITTE (Jean), 9, rue Marbeuf, Paris (VIII^e). — 28 avril 1924.
- LOGRE (B.), 1, rue de Cériseles, Paris (VIII^e). — 28 juin 1920.
- LÔO (Pierre), Institut neuropsychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 28 mai 1934.
- MALE (Pierre), 6, rue de Bellechasse, Paris (VII^e). — 22 février 1937.
- MARTIMOR (Emmanuel), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e). — 23 mai 1932.
- MASQUIN (Pierre), 1, rue Petite-Fusterie, à Avignon (Vaucluse). — 23 mai 1932.
- MEIGNANT (Paul), 29, rue Victor-Hugo, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 janvier 1931.
- MENUAU (Pierre), Hôpital psychiatrique de Moisselles (Seine-et-Oise). — 22 décembre 1938.
- MICHAUX (Léon), 5, rue Saint-Philippe-du-Roule, Paris (VIII^e). — 25 janvier 1942.
- MONTASSUT (Marcel), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — 28 juin 1928.
- NAYRAG (Paul), 645, avenue de la République, à Lille (Nord). — 28 mai 1931.
- PÉRON (Noël), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 26 janvier 1931.
- PICARD (Jean), Hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir). — 28 novembre 1932.
- POMMÉ (Bernard), 47, avenue Julien, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — 26 novembre 1934.
- PONC'HER (Yves-J.-M.), Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 23 janvier 1933.
- POROT (Antonin), Clinique Saint-Raphaël, El Biar, Alger. — 25 novembre 1912.
- POROT (Maurice), Clinique Saint-Raphaël, El Biar, Alger. — 22 novembre 1943.
- POTTIER (Claude), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (Oise). — 22 mars 1937.
- RISER (Marcel), 1, rue Pont-de-Tounis, à Toulouse (Haute-Garonne). — 22 mai 1944.
- RAVIART (Georges), 3, rue de Cantalan, à Lille (Nord). — 29 mai 1922.

- MM. ROGER (Henri), 66, boulevard Notre-Dame, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 avril 1932.
- RONDEPIERRE (Jacques), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 23 décembre 1932.
- ROUART (Julien), 40, rue Paul-Valéry, Paris (XVI^e). — 23 décembre 1935.
- SANTENOISE (Daniel), 78, avenue de La Bourdonnais, Paris (VII^e). — 26 novembre 1923.
- SCHAEFFER (Henri), 170, rue de la Pompe, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.
- SIVADON (Paul), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 novembre 1935.
- SOULAIRAC (André), 55, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIV^e). — 22 décembre 1938.
- SUTTER (Jean), 44, rue Denfert-Rochereau, à Alger. — 22 mai 1939.
- TARGOWLA (René), 169, rue de l'Université, Paris (VII^e). — 29 décembre 1923.
- TEULIÉ (Guilhem), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 28 décembre 1936.
- TISON (Marcel), Maison de Santé de Saint-Mandé (Seine). — 22 décembre 1941.
- TUSQUES (Jean), Hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 22 juin 1936.
- VIEUX (Numa), à Divonne-les-Bains (Ain). — 24 juin 1912.
- VILLEY-DESMESERETS (Georges), 130, rue de la Glacière, Paris (XIII^e). — 23 février 1931.
- VINCHON (Jean), 108, rue du Bac, Paris (VII^e). — 27 juin 1921.
- VUILLIEN (Robert), Hôpital psychiatrique d'Armentières (Nord). — 26 octobre 1936.

Membres correspondants nationaux (221)

- MM. ACHALLE (Jean-Yves), Hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 18 mai 1953.
- ADNÈS (André), Hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe). — 16 décembre 1940.
- ALAJOUANINE (Th.), 120, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.
- ALLIEZ (Joseph), 26, rue Delanglade, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 27 février 1939.
- AMADO (Georges), 15, rue de Presles, Paris (XV^e). — 27 mars 1950.
- ANGEL (J.-M.), 11, rue Antonin-Poncet, à Lyon (Rhône). — 25 février 1952.
- ANGLADE (Louis), Hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe). — 22 novembre 1937.
- ARTUR (René), 81, rue de Fougères, Rennes (Ille-et-Vilaine). — 22 juin 1931.

- MM. AYMÈS (J.), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (Oise). — 23 février 1953.
- BACHET (M.), 20, rue du Docteur-Roux, Paris (XV^e). — 26 mars 1945.
- BARDENAT (Roger), Place Colonna d'Ornano, à Blida (Alger). — 27 mars 1939.
- BARGUES (Roger), 144, chemin Norel, à Talence (Gironde). — 26 novembre 1934.
- BARRÉ (Jean-André), Clinique neurologique, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 26 janvier 1931.
- BARRÈRE (L.), Hôpital psychiatrique, 17, rue Auguste-Quercy, Montauban (Tarn-et-Garonne). — 24 mars 1947.
- BARON (Germain), Hôpital psychiatrique d'Aurillac (Cantal). — 17 décembre 1951.
- BAUMGARTNER (P.), 3, place Carnot, Aix-les-Bains (Savoie). — 24 mars 1947.
- BEAUDOUIN (Jean), Hôpital psychiatrique de Saint-Rémy (Haute-Saône). — 26 janvier 1948.
- BELEY (André-P.-L.), Hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 27 juin 1938.
- BELFILS (Jean), Hôpital psychiatrique de Saint-Lizier (Ariège). — 28 novembre 1949.
- BENOISTON (Jean), Hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère). — 23 mars 1953.
- BENON (R.-L.), à Saumur (Maine-et-Loire). — 24 novembre 1949.
- BENSOUSSAN (Pierre), 74, rue Raynouard, à Paris (XVI^e). — 23 novembre 1953.
- BERNARD (Paul), Hôpital psychiatrique de Lommelet (Nord). — 26 mars 1945.
- BERNARD (Roger), Hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources (Meuse). — 27 avril 1953.
- BERTHON (Michel), avenue Georges-Clémenceau, à Nice (Alpes-Maritimes). — 24 février 1947.
- BERTRAND (Victor), Hôpital psychiatrique, à Pontorson (Manche). — 22 novembre 1948.
- BLANDIN (Pierre), Hôpital psychiatrique de La Rochelle (Charente-Maritime). — 25 juin 1951.
- BOITTELLE (Georges), Hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle). — 24 février 1947.
- BONNAFÉ (Lucien), Hôpital psychiatrique de Saint-Yon, à Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure). — 22 février 1943.
- BORENSTEIN (Pinchas), Hôpital psychiatrique de Ravenel, à Mirecourt (Vosges). — 23 mars 1953.
- BOUDON (Louis), 179, boulevard Saint-Germain, Paris (VII^e). — 28 juillet 1919.
- BOUDOURESQUES (Jacques), 5, rue Aldebert, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 22 novembre 1948.
- BOUR (Pierre), Service départemental d'hygiène sociale, Préfecture de Seine-et-Oise, Versailles. — 28 mai 1951.
- BOUVET (Maurice), 17, rue Jean Mermoz, Paris. — 26 mai 1942.
- BOUQUEREL (Jacques), Hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord). — 22 novembre 1948.

- MM. BRIAU (Raymond), Hôpital psychiatrique de Nantes (Loire-Inférieure). — 24 mai 1937.
- BUFFET (Georges), Clinique neuro-psychiatrique, Hôpital maritime Sainte-Anne, à Toulon (Var). — 22 novembre 1948.
- BURCKARD (Edouard), Hôpital psychiatrique de Stephansfeld (Bas-Rhin). — 27 juin 1932.
- BUREAU (Georges), 11, rue Ampère, Paris (XVII^e). — 27 octobre 1947.
- M^{me} DE BURES-MACKENSEN (Idelette), Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — 26 novembre 1951.
- MM. BURSTIN (J.), 24, rue Vintimille, Paris (XII^e). — 24 octobre 1949.
- BUVAT (Jean-François), 130, rue de la Glacière, Paris (XIII^e). — 26 octobre 1942.
- CAIN (Jacques), 359, rue Paradis, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 23 avril 1951.
- CARRÈRE (Jean), Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — 22 novembre 1948.
- CARRIER (Jean), 168, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — 26 novembre 1945.
- CARROT (Edmond), 9, place de Bretagne, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — 27 mars 1944.
- CASALIS (Bernard-A.), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 23 décembre 1935.
- M^{me} CAVÉ (Madeleine), 2, rue Guy-de-Maupassant, Paris (XVI^e). — 28 octobre 1946.
- MM. CHABÉ (Gustave), Hôpital psychiatrique d'Armentières (Nord). — 25 février 1952.
- CHARLIN (A.), Hôpital de Besançon (Doubs). — 28 mai 1945.
- CHARLIN (A.), 12, rue Charles-Nodier, à Besançon (Doubs). — 28 mai 1945.
- CHAUBAND (André), 126, rue de Cugnaux, Toulouse (Haute-Garonne). — 26 avril 1948.
- CHERTOK (L.), 46, avenue des Ternes, Paris (XVII^e). — 17 décembre 1951.
- CHRISTY (Henri-Ed.), Hôpital psychiatrique du Vinatier, à Lyon (Rhône). — 24 juin 1935.
- CLERC (Pierre), Hôpital psychiatrique de Grenoble (Isère). — 27 octobre 1947.
- COCHEMÉ (Rémi), 21, rue Cérès, à Reims (Marne). — 28 octobre 1946.
- COLOMB (Daniel), 58, rue Ambroise-Cottet, à Troyes (Aube). — 26 novembre 1945.
- COUDERC (Louis), 22, rue Général-Cérez, à Oran (Algérie). — 28 octobre 1946.
- COULÉON (Henri), 91, rue Caponière, à Caen (Calvados). — 18 mars 1940.
- COULON (Georges), 7, rue de Tilsitt, Paris (XVII^e). — 27 novembre 1944.
- COULONJOU (Roger), 18, rue Branda, à Brest (Finistère). — 23 mars 1942.
- COURCHET (J.-L.), 3, square du Bois de Boulogne, Paris (XVI^e). — 27 octobre 1947.
- M^{me} CROZET, à Ars-en-Ré (Charente-Maritime). — 22 novembre 1937.
- MM. CUEL (Jean-R.), 16, rue Littré, Paris (VI^e). — 23 janvier 1933.
- DANJOU (Philippe), Les Rives de Prangins, près Nyon (Suisse). — 28 octobre 1946.
- DAUSSY (Henri), Hôpital psychiatrique de Pontorson (Manche). — 26 juin 1933.

- MM. DELAVILLE (Maurice), 9, boulevard Malesherbes, Paris (VIII^e). — 22 décembre 1930.
- DÉROBERT (Léon), 1, rue Clovis, Paris (V^e). — 23 novembre 1942.
- M^{lle} DESCHAMPS (Andrée), Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — 24 février 1936.
- MM. DESHAIES (Gabriel), 57, rue du Maréchal-Leclerc, à Saint-Maurice (Savoie). — 22 décembre 1947.
- DENIKER (Pierre), 21, avenue Pierre I^{er} de Serbie. — 18 décembre 1950.
- DEVALLET (Jacques), Hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord). — 23 février 1942.
- DIGO (René), Hôpital psychiatrique de Vieille-Eglise (Seine-et-Oise). — 28 juin 1948.
- DOUSSINET (Pierre), Hôpital psychiatrique de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — 22 novembre 1937.
- M^{me} DREYFUS-MOREAU (Jacqueline), 16, rue de Sèvres, Paris (VII^e). — 28 mai 1945.
- MM. DUBOIS (Jean-Claude), Etablissement thermal, à Saujon (Charente-Maritime). — 27 mars 1950.
- DUC (Nguyen), Hôpital psychiatrique de Montpellier (Hérault). — 22 novembre 1948.
- DUCHÊNE (Henri), 7, avenue de La Motte-Piquet, Paris (VII^e). — 27 mars 1944.
- DUCOUDRAY (J.), Asile privé du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn). — 22 décembre 1938.
- DUPYTOUT (Gabriel), 11, rue Armand-Barbès, à Limoges (Haute-Vienne). — 24 juin 1935.
- DURAN (), 261, rue Garibaldi, à Lyon (Rhône). — 28 juin 1948.
- DURAND (Charles), Les Rives de Prangins, près Nyon (Suisse). — 25 novembre 1946.
- DURAND-SALADIN (Jean), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 24 juin 1935.
- ELIASCHEFF (Sylvain), 30, rue de Plaisance, à Nogent-sur-Marne (Seine). — 25 novembre 1946.
- ERNST (Henri), à Divonne-les-Bains (Ain). — 28 mai 1931.
- FAIL (Gabriel), Hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne (Marne). — 24 octobre 1938.
- FAU (René), 18, rue Thiers, à Grenoble (Isère). — 22 juin 1942.
- FELD (Michel), 6, rue de Villersexel, Paris (VII^e). — 23 novembre 1953.
- FERDIÈRE (Gaston), à Anglet-Saint-Jean, (Basses-Pyrénées). — 24 janvier 1938.
- FEUILLADE (Maurice), 19 bis, quai Tilsitt, à Lyon (Rhône). — 23 novembre 1936.
- FEUILLET (Charles), Hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 24 février 1947.
- FOLLIN (Sven), Hôpital psychiatrique de Montauban (Tarn-et-Garonne). — 27 mars 1944.
- FORTINEAU (Jean), 125, rue Paul-Bellamy, à Nantes (Loire-Inférieure). — 27 mars 1939.
- FOUKS (Léon), Hôpital Pasteur, à Poitiers (Vienne). — 24 novembre 1947.

- MM. FOUQUET (Pierre), 62, rue Albert-Joly, à Versailles (Seine-et-Oise). — 25 janvier 1943.
- FRETET (Jean), 28, rue du Lycée, à Saint-Quentin (Aisne). — 24 octobre 1938.
- FREY (Bernard), Hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin). — 18 décembre 1934.
- FRUMENTY (Louis), 32, rue de l'Hospitalité, à Tours (Indre-et-Loire). — 28 décembre 1931.
- FURET (Arthur), Nérès-les-Bains (Allier). — 21 décembre 1942.
- GACHKEL (Y.), 1, rue des Quatre-Chartreuses, à Boulogne-sur-Seine (Seine). — 24 novembre 1952.
- M^{lle} GANIDEL (Georgette), Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 27 mars 1950.
- MM. GAYRAL (L.), 25, Allées des Demoiselles, à Toulouse (Haute-Garonne). — 28 juin 1948.
- GÉRAUD (Jean), 13, place Esquirol, à Toulouse (Haute-Garonne). — 18 décembre 1939.
- GIRARD (Paul), 40, boulevard des Belges, à Lyon (Rhône). — 26 novembre 1945.
- GISCARD (Pierre), 6, Impasse Ste-Philomène, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — 27 mars 1944.
- GOLSE (Jean), Hôpital psychiatrique du Bon-Sauveur, à Caen (Calvados). — 27 janvier 1947.
- GONNET (André), 21, rue Brossard, à Saint-Etienne (Loire). — 26 janvier 1931.
- GOT (Roger), Hôpital psychiatrique de Navarre, par Evreux (Eure). — 25 mars 1935.
- M^{lle} GRANIER (Régine), 27, rue de Saint-Mandé, Charenton (Seine). — 27 octobre 1947.
- MM. GRIMBERT (Charles), 11, rue Duroc, Paris (VII^e). — 30 mars 1931.
- GUYOT (Paul), Hôpital psychiatrique de Bégard (Côtes-du-Nord). — 17 décembre 1951.
- HAMON (J.), Hôpital militaire du Val-de-Grâce, rue Saint-Jacques, Paris (V^e). — 17 décembre 1951.
- M^{lle} HOFFER (H.), 53, rue du Rocher, Paris (VIII^e). — 24 novembre 1952.
- M. HUGUES (Paul), Hôpital psychiatrique de Leyme (Lot). — 21 décembre 1942.
- M^{me} HUMBERT-DEROMBIES (Madeleine), Hôpital psychiatrique de Saint-Ylie, près Dôle (Jura). — 23 décembre 1935.
- M. IGERT (), Centre de neuro-psychiatrie, Hôpital de Casablanca (Maroc). — 24 octobre 1949.
- M^{lle} JACOB (Elisabeth), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (Oise). — 23 mars 1942.
- MM. JACQUEL (Marc), Hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var). — 28 février 1949.
- JOYEUX (Jean), Colonie familiale, Ainay-le-Château (Allier). — 27 mars 1950.
- KLEIN (Francis), Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 23 février 1953.

- MM. KOECHLIN (P.), Centre de traitement et de réadaptation sociale, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *24 novembre 1952.*
- KOHLER (Claude), 11, place Carnot, à Lyon (Rhône). — *27 juin 1949.*
- LABOUCARIÉ (Jean), Maison de Santé d'Aufréry, à Balma (Haute-Garonne). — *22 novembre 1943.*
- LABUCHELLE (Marcel), 9, rue du Colisée, à Bordeaux (Gironde). — *27 avril 1931.*
- LACAN (Jacques), 5, rue de Lille, Paris (VII^e). — *22 octobre 1934.*
- LACATON (Raymond), Hôpital de Blida-Joinville, Alger. — *23 juin 1952.*
- LAFON (Robert), 2, rue Ancien Courrier, à Montpellier (Hérault). — *24 novembre 1947.*
- LAMACHE (Alexandre), 27, boulevard de la Liberté, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — *23 février 1931.*
- LAMARCHE (André), 23, boulevard Bab-Benat, à Tunis. — *28 juillet 1941.*
- LASSALE (Jean), 16, rue Victor-Hugo, à Lyon (Rhône). — *24 juin 1935.*
- LASSALLE (Pierre), Hôpital psychiatrique d'Auch (Gers). — *22 février 1932.*
- LE BEAU (Jacques), 107, rue de l'Université, Paris (VII^e). — *23 novembre 1953.*
- LEBOVICI (Serge), 15, rue Campagne-Première, Paris (XIV^e). — *27 juin 1949.*
- LE BRAS (René), Hôpital maritime de Brest (Finistère). — *23 novembre 1953.*
- LECLERCQ (Pierre), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *28 octobre 1935.*
- LÉCULIER (Pierre), Hôpital psychiatrique de la Chartreuse de Dijon (Côte-d'Or). — *25 juin 1934.*
- LEROY (Roger), 15, rue Jeanne-d'Arc, à Saint-Mandé (Seine). — *23 mars 1953.*
- LETAILLEUR (Maurice), Hôpital psychiatrique de Clermont de l'Oise (Oise). — *27 novembre 1944.*
- LEULIER (Roger), 7, allée Bocage, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *23 février 1953.*
- M^m. LEULIER (Hélène), 7, allée Bocage, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *23 février 1953.*
- M^{lle}. LEURET (Simonne), 38, rue Lacépède, Paris (V^e). — *26 février 1946.*
- MM. LEYRITZ (Jacques), Hôpital psychiatrique de Saint-Claude, à La Guadeloupe. — *24 février 1947.*
- LOBEL (Georges), 12, rue Bugeaud, à Brest (Finistère). — *28 mai 1951.*
- MACÉ DE LÉPINAY (Charles), 112, rue Saint-Dominique, Paris (VII^e). — *26 janvier 1931.*
- MALLET (Jean), 7, rue Alphonse-Daudet, Paris (XIV^e). — *28 juin 1949.*
- MANCEAUX (A.), 103, rue Michelet, à Alger. — *24 mai 1948.*
- MANS (Jean), Hôpital psychiatrique d'Agen (Lot-et-Garonne). — *27 avril 1938.*
- MARCAIS (P.), 22, rue Clauzel, Paris (IX^e). — *24 novembre 1952.*
- MARESCHAL (Pierre), Hôpital psychiatrique de La Manouba (Tunisie). — *25 juin 1934.*
- M^{me}. MASSON (Agnès), Hôpital psychiatrique de Cadillac (Gironde). — *27 janvier 1936.*

- MM. MAURICE (Henri), 37, rue Desjardins, à Angers (Maine-et-Loire). — 26 octobre 1942.
- MENGER (Pierre), Hôpital psychiatrique de Bégard (Côtes-du-Nord). — 22 janvier 1940.
- MESTRALLET (André), 196, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — 26 janvier 1932.
- MIGNOT (Hubert), Hôpital psychiatrique, à Rouen (Seine-Inférieure). — 28 février 1949.
- MONTRÉMY (Jacques de), Maison de santé de Merfy (Marne). — 23 novembre 1953.
- MORICE (Julien), 102, boulevard Voltaire, Paris (XI^e). — 27 octobre 1947.
- NAUDASCHER (Jean), Clinique médicale du Centre, à Huisson-sur-Cosson (Loir-et-Cher). — 23 avril 1945.
- NAVARRANNE (Pierre), Hôpital maritime Sainte-Anne, à Toulon (Var). — 23 novembre 1953.
- NÉRON (Guy), 31, boulevard Suchet, Paris (XVI^e). — 26 mars 1945.
- NEVEU (Paul), Hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère). — 26 mai 1942.
- NODET (Charles-Henri), Hôpital psychiatrique de Bourg (Ain). — 25 novembre 1946.
- OLIVIER (Henri), 37, cours Franklin Roosevelt, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 février 1946.
- OMBRÉDANE (André), Centre d'études psychotechniques, 13, rue Paul-Chatard, Paris (XV^e). — 25 avril 1932.
- OULÈS (Jean), Hôpital psychiatrique de Vaclaire, par Montpont-sur-l'Isle (Dordogne). — 27 mars 1950.
- PAGÈS (Louis), 18, rue Saint-Jean, à Montluçon (Allier). — 22 novembre 1943.
- PARAIRE (J.), Hôpital militaire du Val-de-Grâce, Paris. — 23 février 1948.
- PARIENTE (Maurice), Hôpital psychiatrique de La Roche-Gandon (Mayenne). — 23 octobre 1950.
- PASQUET (Paul-Adolphe), Hôpital maritime de Brest (Finistère). — 23 octobre 1950.
- PÉCHOUX (Raymond), 12, Allée des Tilleuls, à Caluire (Rhône). — 27 octobre 1947.
- PEIFFER (), Maison des Dames de Saint-Maur, La Rose, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 24 octobre 1949.
- PERREAU (Jean), 39, rue J.-P. Veyrat, à Chambéry (Savoie). — 22 novembre 1948.
- PERRIN (Jean), 38, avenue Charles-Floquet, Paris (VII^e). — 13 décembre 1943.
- PÉROT (Robert-Maurice), Hôpital psychiatrique de Cadillac (Gironde). — 28 juin 1943.
- PERRUSSEL (Georges), à Quimper (Finistère). — 28 mai 1931.
- PICART (Pierre), Service de neuro-psychiatrie, Hôpital maritime de Sainte-Anne, à Toulon (Var). — 28 novembre 1949.

- MM. PICHOT (Pierre), 24, rue Tournefort, Paris (V^e). — 28 novembre 1949.
 PIERSON (Carl-Antoine), Villa El-Ouzal, rue Dalou, à Casablanca (Maroc). — 25 octobre 1937.
 POTET (M.), Médecin Général Inspecteur, 30, avenue de Jonchay, Alger. — 27 novembre 1933.
 PRINCE (Anatole), 4, rue Buzot, à Evreux (Eure). — 25 février 1924.
 PROVOST (Charles), 3, avenue Octave-Gréard, Paris (VII^e). — 27 octobre 1947).
- M^{mes} RAGU-FREY (Janine), 7, avenue de la Grande-Armée, Paris (XVI^e). — 22 janvier 1951.
 RAIMBOURG (), 28, rue Thiers, Le Havre (Seine-Inférieure). — 24 avril 1950.
- MM. RAMÉE (Frédéric), Hôpital psychiatrique de Blida (Algérie). — 23 février 1953.
 RANCOULE (M.), Hôpital psychiatrique Sainte-Marie, à Nice (Alpes-Maritimes). — 23 mars 1953.
 REBOUL-LACHAUX (Charles), 8, boulevard Bertramion, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 novembre 1923.
 RIGAL (Jacques), Hôpital militaire Robert-Picqué, Bordeaux (Gironde). — 26 novembre 1951.
 RIVIÈRE (Hugues), 10, rue de l'Ermitage, à Montmorency (Seine-et-Oise). — 11 mai 1943.
 ROBIN (Gilbert), 15, quai Voltaire, Paris (VIII^e). — 27 avril 1925.
 ROGER (J.), 66, boulevard Notre-Dame, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 24 novembre 1952.
 ROUAULT DE LA VIGNE (Alain), Hôpital psychiatrique de Lehon (Côtes-du-Nord). — 26 janvier 1948.
 ROUGEAN (Marcel), La Dallièrre, à Agneaux, par Saint-Lô (Manche). — 27 mars 1939.
- M^{me} ROUSSET (Suzy), Hôpital psychiatrique Saint-Méen, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — 18 mars 1940.
- MM. ROYER (Jean), Hôpital psychiatrique de Sainte-Catherine, à Yzeure (Allier). — 23 décembre 1937.
 ROYER (Pierre), Hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 27 février 1939.
 RUBENOVITCH (Pierre), 18^{bis}, rue de Bruxelles, Paris (IX^e). — 23 décembre 1935.
- M^{me} SAULNIER (Micheline), 16, rue de la Procession, Paris (XV^e). — 22 novembre 1948.
- MM. SCHACHTER (M.), 1, rue Molière, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 24 mai 1948.
 SCHERRER (Pierre), Hôpital psychiatrique d'Auxerre (Yonne). — 24 janvier 1938.
 SCHWEICH (Michel), Centre de traitement et de réadaptation sociale, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 23 mars 1953.
 SINGER (Léonard), Clinique psychiatrique, Hôpital civil de Strasbourg (Bas-Rhin). — 24 mars 1952.
 SIZARET (Alexandre), Hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire). — 22 décembre 1941.

- MM. SIZARET (Pierre), Hôpital psychiatrique de Tours (Indre-et-Loire). — 22 janvier 1951.
- STÉVENIN (Laurent), 9, rue Bridaine, Paris (IX^e). — 27 octobre 1947.
- SUTTEL (René), Hôpital psychiatrique de Montdevergues, à Montfavet (Vaucluse). — 24 novembre 1952.
- TARBOURIECH (Louis), Hôpital psychiatrique de Privas (Ardèche). — 22 novembre 1949.
- M^{lle} THÉVENIN (Line), 8, quai Saint-Clair, à Lyon (Rhône). — 23 mai 1949.
- MM. THUILLIER (J.), 28, rue Chardon-Lagache, à Paris (XVI^e). — 23 novembre 1953.
- THUILLIER (René), 22, rue Lamarek, à Amiens (Somme). — 24 janvier 1938.
- TIXADOR (M.), Maison de santé de Merfy (Marne). — 23 novembre 1953.
- TOSQUELLES (François), Hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Lozère). — 27 juin 1949.
- TRILLOT (Jean), Asile privé du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn). — 24 juin 1935.
- TRIVAS (Jean), Hôpital psychiatrique, 7, rue de Navailles, à Niort (Deux-Sèvres). — 25 avril 1932.
- VALENCE (Robert), Maison de Santé Saint-Eugène, à Alger. — 21 décembre 1942.
- VALLADE (Louis), Hôpital psychiatrique de Pau (Basses-Pyrénées). — 26 février 1946.
- VERDEAUX (G.), 6, rue de Villersexel, Paris (VII^e). — 22 avril 1951.
- VERNET (Georges), à Cuxac-d'Aude (Aude). — 28 novembre 1904.
- VIAN (Louis), 49, rue Pastorelli, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 juin 1920.
- VIDART (Lionel), 12, avenue Pierre I^{er} de Serbie, Paris (XVI^e). — 23 février 1942.
- VOIVENEL (Paul), 18, rue de la Dalbade, à Toulouse (Haute-Garonne). — 28 juillet 1913.
- M^{me} VOLKRINGER-MATRILLE (Denise), 60, rue du Maréchal-Joffre, Le Perreux (Seine). — 22 octobre 1934.
- MM. WIBROTTE (Jean), 15, avenue de Tourville, Paris (VII^e). — 22 novembre 1948.
- ZABOROWSKI (Michel), Hôpital psychiatrique de Cuers-Pierrefeu (Var). — 25 février 1952.
-

Membres associés étrangers (1)

ALLEMAGNE

- MM. ASCHAFFENBURG (Gustav), professeur de psychiatrie à l'Université, 70, Oberlander Hufer, Cologne. — 26 juillet 1937.
 KRETSCHMER (Ernest), professeur de psychiatrie à l'Université, 8, Ortenbergstrasse, Marburg-s.-Lahn. — 26 juillet 1937.
 RUDIN (Ernst), 2, Kraepelinstrasse, Munich. — 26 juillet 1937.

ARGENTINE

- MM. BELBEY (José), ex-professeur de médecine légale à l'Université de La Plata, Callao 232, Buenos-Aires. — 26 juillet 1937.
 BERMAN (Gregorio), ex-professeur de médecine légale à l'Université de Córdoba. — 18 décembre 1950.
 BOSCH (Gonzalo), professeur de psychiatrie à l'Université de Buenos-Aires, Canning 2698, Buenos-Aires. — 27 février 1933.
 DIMITRI (Vicente), professeur de neurologie à la Faculté de médecine de Buenos-Aires, Libertad 960, Buenos-Aires. — 23 avril 1934.
 GORRITI (Fernando), ex-directeur de la Colonie nationale d'aliénés « Docteur Domingo Cabred », Calle Bulnes, 945, à Buenos-Aires. — 23 février 1931.
 KRAPF (E. Eduardo), professeur agrégé de psychiatrie à l'Université de Buenos-Aires, membre du tableau d'experts de santé mentale de l'O.M.S. (O.N.U.), Maipú 1266, Buenos-Aires. — 26 juillet 1937.
 LOPEZ (Lucio Vicente), Suipacha 1254, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
 LOUDET (Oswaldo), ex-professeur de psychiatrie à l'Université de La Plata, Ayacucho 1084, Buenos-Aires. — 22 juin 1936.
 PINÉRO (Héctor M.), Ayacucho 242, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
 ROJAS (Nerio), ex-professeur de médecine légale à l'Université de Buenos-Aires, Anchorena 1180, Buenos-Aires. — 26 janvier 1932.
 SEGGIARO (J.-A.), Clinique psychiatrique de l'Université de Córdoba. — 24 novembre 1952.
 SBARBI (Mario A.), chef de travaux pratiques de psychiatrie à l'Université de Buenos-Aires, Independencia 1220, Buenos-Aires. — 26 juillet 1937.
 VICTORIA (Marcos), libre-docent de neurologie à la Faculté de médecine de Buenos-Aires, Arenales 1441, Buenos-Aires. — 23 janvier 1939.

BELGIQUE

- M. ALEXANDER (Marcel), professeur à l'Ecole de criminologie du ministère belge de la justice, médecin-chef du service d'anthropologie pénitentiaire et du dispensaire central d'hygiène mentale, 56, rue Saint-Georges, Bruxelles. — 22 décembre 1947.

(1) Les événements des dernières années ayant trop souvent rendu difficiles les relations et la mise à jour de ces listes, *prière d'adresser toutes rectifications de noms et d'adresses et tous renseignements utiles au secrétaire général de la Société médico-psychologique.*

- MM. BOBON (Jean), chef de travaux à l'Université, 14, quai de Rome, Liège. — 22 juin 1952.
- BOGAERT (Ludo Van), agrégé à l'Université de Bruxelles, 59, rue Philippe-Villiot, Anvers. — 18 décembre 1934.
- DE CRAENE (Ern.), professeur à l'Université, 47, rue du Lac, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- DELLAERT (R.), maître de conférences de psychologie pathologique à l'Université de Louvain, médecin-psychiatre des hôpitaux d'Anvers. — 22 décembre 1947.
- DIVRY (P.), professeur de Clinique psychiatrique à l'Université de Liège. — 22 décembre 1947.
- HOEDEMAKERS (W.), médecin du service d'anthropologie pénitentiaire, 130, avenue des Cerisiers, Bruxelles. — 29 décembre 1921.
- HOVEN (H.), médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Mons. — 25 novembre 1918.
- LAMSENS (J.), médecin-chef de l'Institut psychiatrique de Düffel. — 23 avril 1952.
- LEY (Auguste), professeur à l'Université, 74, chaussée de La Croix, Ottignies. — 29 mai 1922.
- LEY (Jacques), agrégé à l'Université, 200, avenue du Prince-d'Orange, Bruxelles, 3. — 22 octobre 1933.
- LEROY (Alphonse), médecin-chef du Sanatorium Sainte-Agathe, 18, rue Beeckman, Liège. — 25 avril 1932.
- MASSAUT (Ch.), médecin-directeur de la Colonie provinciale de Lierneux. — 23 avril 1952.
- MEEUS, 10, Kloosterstraat, Ostinalle. — 29 février 1904.
- MYLE (G.), médecin-chef de l'Institut psychiatrique de Saint-Nicolas, Waas. — 23 avril 1952.
- NYSSSEN (R.), professeur de psychiatrie et de pathologie expérimentale à l'Université, 83, avenue Clays, Bruxelles. — 22 décembre 1947.
- ROUVROY (Charles), professeur de psychiatrie à l'Université, médecin en chef de la Clinique universitaire de Lowenjoull-lès-Louvain, 4, chemin privé, Louvain. — 23 avril 1952.
- TITECA (Jean), agrégé à l'Université, médecin-chef du Centre neuro-psychiatrique, 250, chaussée de Dieleghem, Jette, Bruxelles. — 25 novembre 1935.
- VAN BOGAERT (Ludo), agrégé à l'Université de Bruxelles, 47, rue de l'Harmonie, Anvers. — 18 décembre 1934.
- M^{me} VANDERVELDE-BEECKMAN, médecin du service d'anthropologie pénitentiaire, 14, place du Petit-Sablon, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- M. VERSTRAETEN (Paul), médecin-chef de l'Institut Caritas à Melle, près Gand. — 28 mai 1924.

BRÉSIL

- MM. ALMEIRA GUIMARÈS (DE), privat-docent de psychiatrie à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, médecin-psychiatre du service national des maladies mentales du Brésil. — 24 mars 1947.
- CAVALCANTI (Evelino Pessoa), ex-professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, chef de clinique à l'Hôpital général de la Santa-Casa de Misericórdia. — 28 juin 1948.

- MM. FERRAZ-ALVIM (James), 29, rue Benjamin-Constant, São-Paulo. — 28 octobre 1935.
- FREITAS Junior (Otavio DE), Rua Dom Bosco, 779, Recife, Pernambuco.
- NÈVES-MANTA (L. DE), libre-docent de psychiatrie de l'Université du Brésil, membre de l'Académie nationale de médecine de Rio-de-Janeiro. — 24 avril 1950.
- OLINTO (Plinio), 890, Copacabana, Rio-de-Janeiro. — 22 juin 1931.
- PACHECO E SILVA (A. C.), Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 22 juin 1931.
- ROXO (Henrique de Brito Belford), professeur de Clinique psychiatrique à l'Université, Rio-de-Janeiro. — 26 mai 1924.
- TRETIAKOFF (de Moscou), Hospice de Juquery (Brésil). — 25 octobre 1916 (figurait, en 1939, au titre de l'Esthonie).

CANADA

- MM. CARON (Sylvio), professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastaï, Québec. — 26 janvier 1932.
- LARIVIÈRE (Paul), professeur de psychiatrie à l'Université, médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Montréal. — 27 juin 1932.
- LEFEBURE DE BELLEFEUILLE (Gaston), professeur à l'Université de Montréal, médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. — 30 mars 1931.
- NOËL (Omer), surintendant médical, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- PLOUFFE (Daniel), surintendant médical, Hôpital de Bordeaux, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- ROY (C.-S.), surintendant médical, Hôpital Saint-Michel-Archange, Maistaï, Québec. — 30 mars 1931.

CHILI

- MM. BECA (Manuel), Casa de Crates, Santiago. — 29 mars 1897.
- FONTECILLA (Oscar), professeur, 330, Santa-Lucia, Santiago. — 28 mai 1931.
- GARAFULIC (Juan), médecin-chef de la section d'observation de la Maison des mineurs de Santiago-du-Chili (Bandera 140 F, 5^e piso). — 26 juillet 1897.

COLOMBIE

- MM. ASUAD (Julio), professeur à l'Université de Bogota. — 24 mars 1941.
- CUALLA (Julio), professeur de médecine légale à la Faculté de droit de Bogota. — 26 juin 1939.
- MAXIMILIANO RUEDA (G.), professeur de psychiatrie à la Faculté, médecin-chef de l'asile d'aliénés, Bogota. — 26 février 1934.
- SANCHEZ (Luis Jaine), professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université catholique de Bogota. — 22 décembre 1947.

CUBA

MM. BUSTAMANTE (José), La Havane. — 18 décembre 1950.

VALDÈS ANCIANO (J. A.), professeur à l'Université de La Havane. — 28 novembre 1910.

EGYPTE

M. ZIWAR, professeur-adjoint à l'Université Farouk-I^{er}, Le Caire. — 24 janvier 1949.

ESPAGNE

MM. AJURIAGUERRA (J. DE), professeur agrégé à titre étranger de la Faculté de médecine de Paris, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 18 décembre 1944.

GERMAIN-CÉBRIAN (José), chef de la section de psychiatrie et d'hygiène mentale de la Direction générale de santé, directeur de l'Institut psycho-technique, 7, Espalter, Madrid. — 26 novembre 1934.

RODRIGUEZ-ARIAS (Belarmino), directeur de l'Institut neurologique de Barcelone, ancien professeur à la Faculté de médecine, Via Augusta, 61, Barcelone. — 26 mars 1923.

VIVÈS (Salvador), ancien directeur des services techniques de psychiatrie de Catalogne, 88, c. Casp, Barcelone. — 26 juillet 1921.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

M^{me} ALEXANDER (Harriet C. B.), 303, Ravine Drive, Highland Park (Illinois). — 25 mars 1912.

MM. BLUMER (George Adler), Superintendent Emeritus, Butler Hospital, 196, Blackstone Blvd, Providence (Rhode Island). — 30 octobre 1899.

FARNELL (Frédéric J.), 577, Angell Street, Providence (Rhode Island). — 30 novembre 1925.

GORDON (Alfred), 1812, Spruce Street, Philadelphie (Pennsylvania). — 22 février 1909.

GREENE (Ransom A.), Superintendent, Walter E. Fernald state School Waverley (Massachusetts). — 28 mai 1931.

LIBER (Amour), Neurological Hospital, Welfare Island, New-York City. — 18 décembre 1934.

LOWELL S. SELLING, Director of psychopathic Clinic, Recorder Cour, Détroit (Michigan). — 22 décembre 1938.

MAY (James V.), Superintendent, Boston State Hospital, Dorchester Center (Massachusetts). — 27 novembre 1933.

PERCIVAL BAILEY, Chicago. — 23 février 1953.

M^{lle} ROBNOVITCH (Louise G.), Golden (Colorado). — 30 octobre 1899.

MM. ROSANOF (Aaron J.), 2007, Wilshire blvd, Los-Angeles (California). — 28 mai 1931.

THOM (Douglas A.), 520, Commonwealth Avenue, Boston (Massachusetts). — 28 novembre 1927.

WALTER L. BRUETSH, Indianapolis. — 23 février 1953.

GRANDE-BRETAGNE

- MM. ARMSTRONG (Robert William), Littlemore Hospital, Oxford, England. — 28 avril 1952.
- BRUCE (Alexander, Ninian), D. Sc., M.D., F.R.C.P.E., Lecturer in Neurology, University of Edinburgh, 8, Ainslie Place, Edinburgh, Scotland. — 28 novembre 1927.
- McCOWAN (Peter Knight), médecin-directeur, professeur de maladies mentales à l'Université de Wales, Crighton Royal, Dumfries, Scotland. — 28 avril 1952.
- DRURY (Kenneth Kirpatrick), médecin-directeur de Carlton Hayes Hospital, Narborough, Leicester, England. — 28 avril 1952.
- JAMES (G. W. B.), C.B.E., M.C., M.D., D.P.M., Physician-in-Charge, Department of Psychiatry and Lecturer to Medical School, St.-Mary's Hospital; Hon. Consultant in Psychiatry to the Army; The Lawn Hillingdon, Middlesex, or 86 Brook Street, London, W. 1. — 26 novembre 1934.
- MAYER-GROSS (William Heidelberg), directeur des recherches cliniques, Crighton Royal, Dumfries, Scotland. — 28 avril 1952.
- REES (John Rawlings), C.B.E., M.A., M.D., F.R.C.P., D.P.H., Director World Federation for Mental Health, 19, Manchester Street, London, W. 1. — 2/116, Bickenhall Mansions, Baker Street, London, W. 1. — 26 juillet 1937.
- REES (Thomas Percy), médecin-directeur de Warlingham Park Hospital, Surrey, England. — 28 avril 1952.
- TENNENT (Thomas), Saint-Andrews Hospital, Northampton, England. — 23 juin 1952.
- WALK (Alexander), médecin-chef, Cane Hill Hospital, Coulsdon, Surrey, England. — 28 avril 1952.
- M^{me} WILSON (Isabel Grace Hood), 32, Rutland Gate, Knightsbridge, Londres, S.W. 7. — 23 juin 1952.
- M. WORTH (Reginald), C.B.E., M.B., B.S., M.R.C.S., L.R.C.P., Cedar Cottage, Hill Head, Fareham, Hants. — 28 novembre 1927.

GRECE

- MM. DRACOUlidès (N. N.), docteur en médecine de la Faculté d'Athènes, 9, rue Akarnon. — 22 novembre 1948.
- GAROPHALIDès (Constantin), 34, avenue de l'Université, Athènes : 46, rue Vénizélos. — 22 novembre 1937.
- KOURÉTAS (Démètre), chargé de cours à l'Ecole du service de santé militaire, 15, rue Tjorge, Athènes. — 27 novembre 1933.
- LOVERDO (G. DE), secrétaire général de la Société de neurologie et de psychiatrie, 21, rue Sina, Athènes. — 18 décembre 1934.
- SCOURAS (Photis), professeur agrégé de neurologie et de psychiatrie à la Faculté de médecine d'Athènes, 8, avenue Alexandras. — 27 juin 1949.
- VLAVIANOS (S.), professeur agrégé à l'Université, 16, rue Zinonis, Athènes (actuellement en Amérique). — 25 mai 1912.

- MM. VLAVIANOS (Georges J.), chef de clinique des maladies nerveuses et mentales à l'Université, 53, rue Patisson, Athènes. — 18 décembre 1934.
YANNIRIS, ex-médecin de l'asile de Domocaitis. — 28 mai 1900.

HAÏTI

- M. MARS (Louis), à Pétienville. — 24 juin 1935.

HOLLANDE

- MM. BEIJERMAN (W.), 29, Koningsplein, Delft. — 22 novembre 1937.
COENEN (L.), 6, Kleine Houtweg, Haarlem. — 26 avril 1937.
MEYERS (Frédéric), secrétaire de la Société néerlandaise d'hygiène mentale, Stadion Kade, 11, Amsterdam. — 26 juillet 1937.
PAMEYER (Jacques-Henri), inspecteur des hôpitaux psychiatriques, 23, Bilders Straat, La Haye. — 26 juillet 1937.
RUMKE (H. C.), professeur de Clinique psychiatrique à l'Université d'Utrecht, 4, Mariahoek, Utrecht. — 23 juin 1952.
VAN DER HORST (L.), professeur de Clinique psychiatrique et neurologique à l'Université municipale et à l'Université libre d'Amsterdam, Wilhelmina-Gasthuis, Amsterdam. — 23 juin 1952.
VAN DER SCHEER (L.), professeur à l'Université de Groningen, 185, Verl. Heereweg. — 22 février 1932.
WESTERMAN-HOLSTIJN (A. J.), secrétaire général de la Société néerlandaise de neurologie et de psychiatrie, 10, Albrecht Dürerstraat, Amsterdam. — 23 juin 1952.

IRAN

- M. REZAÏ (), professeur de psychiatrie à l'Université de Téhéran. — 24 juin 1946.

ISRAËL

- M. WINNIK (), secrétaire de la Société neuro-psychiatrique d'Israël. — 24 novembre 1952.

ITALIE

- MM. BACCELLI (Mario), médecin-chef de l'asile d'aliénés de Como. — 20 février 1914.
BALDUZZI (Eduardo), sous-directeur de la « Villa Fiorita », Brugherio. — 23 juin 1952.
BOSCHI (Gaetano), ex-directeur de l'asile d'aliénés de Ferrare. — 29 décembre 1913.
CAMPAILLA (G.), directeur de l'hôpital psychiatrique de Ferrare. — 24 novembre 1952.
CAPPELLETTI (Luigi), directeur des asiles d'aliénés de Venezia. — 28 mai 1906.

- MM. CASCELLA (Francesco), médecin-chef de l'asile d'aliénés d'Aversa. — 30 mars 1896.
- CAZZAMALLI (Ferdinando), privat-docent de psychiatrie, Milan. — 20 février 1911.
- DI TULLIO (B.), professeur à l'Université de Rome. — 24 novembre 1952.
- D'ORMEA (Antonio), directeur de l'asile d'aliénés de Siena. — 29 juin 1908.
- FIAMBERTI (Adamo-Mario), professeur de clinique des maladies mentales, directeur de l'Hôpital psychiatrique de Varese. — 28 avril 1952.
- FORNACA (Giacinto), médecin-chef de l'asile d'aliénés de S.-Onofrio, Rome. — 30 novembre 1908.
- LAMBRANZI (Ruggero), directeur de l'asile d'aliénés de Vérone. — 13 juillet 1906.
- LEVI-BIANCHINI (Marco), directeur de l'asile d'aliénés de Nocera-Inferiore, Salerno. — 27 mars 1916.
- LUCANGELI (Gian-Luca), 19, via Cola da Rienzo, Rome. — 31 juillet 1911.
- MAGGIOTTO (Ferdinando), directeur de l'asile d'aliénés de Como. — 29 janvier 1912.
- MARAGNANI (Luigi), médecin-chef de l'asile d'aliénés d'Alexandrie. — 27 juillet 1914.
- MEDEA (Eugénio), chargé de cours à l'Université de Milan. — 28 juillet 1902.
- PADOVANI (Emilio), directeur de l'asile d'aliénés de Rovigo. — 20 février 1914.
- PADOVANI (P.), Clinique des maladies nerveuses de Turin. — 24 novembre 1952.
- RUATA (Guido), directeur de l'asile d'aliénés de Novara. — 24 juin 1912.
- SALERNI (Aléardo), vice-directeur de l'asile de Vérone. — 27 mars 1911.
- SANGUINETI (L.-R.), expert psychiatre près la Cour d'appel de Gênes, 2, via Serbelloni, Milan. — 28 mai 1934.
- SAPORITO (Filippo), directeur du Manicome judiciaire d'Aversa. — 19 décembre 1904.

LIBAN

- M. LITVAK (A.), 58, rue Richer, Paris (IX^e).

GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

- MM. HANSEN (A.), ex-médecin-directeur de la maison de santé d'Ettelbrück, 7, rue J.-Bertelo, à Luxembourg. — 28 novembre 1938.
- STUMPER (Ernest), médecin-directeur de la maison de santé d'Ettelbrück. — 26 juillet 1937.
- WELTER (E.), directeur de l'Institut Heliar, 28, avenue Gaston-Diderich, Bel-Air, à Luxembourg. — 24 novembre 1952.

MEXIQUE

- MM. FUENTES (Mario), secrétaire de la Société de neurologie et de psychiatrie de Mexico, professeur à la Faculté de médecine de Mexico. — 17 décembre 1945.

- MM. MILLAN (Alfonso), professeur de médecine sociale à la Faculté de médecine de Mexico, membre de l'Académie de médecine de Mexico, Réforma 9 à Mexico. — 26 juillet 1937.
- OROPESA (Manuel-Guevara), professeur à la Faculté de médecine de Mexico. — 17 décembre 1945.
- PINEDA (), professeur de la Faculté de médecine de Mexico. — 17 décembre 1945.
- RAMIREZ-MORENO (Samuel), professeur à l'Université, 39, Calle de Genova, Mexico. — 26 juillet 1937.

NORVEGE

- MM. EVENSEN (Hans), médecin-directeur de l'asile de Gaustad, près Oslo. — 29 avril 1907.
- LANGFELDT (Gabriel), professeur à l'Université d'Oslo, médecin-chef de la clinique de l'Université. — 23 juin 1952.
- LOHNE-KNUDSEN (Christoffer), chef du département psychiatrique au ministère des affaires sociales. — 23 juin 1952.
- ODEGARD (Ornulf), médecin-chef de l'Hôpital mental de Gaustad, Vinderen. — 28 avril 1952.
- RUD (Finn), professeur à l'Université de Bergen. — 23 juin 1952.
- TIDEMAND-JOHANESSEN, Oslo. — 25 avril 1921.

PEROU

- M. TRELLES (Jules-Oscar), professeur agrégé à la Faculté de médecine, Apartado, 2184, Lima. — 25 mars 1935.

POLOGNE

- MM. BALEY (Stepan), professeur à l'Université, Nowyzjasd 5, Varsovie. — 26 juillet 1937.
- BORNSTAJN, professeur à la Faculté de médecine de Lodz. — 23 juin 1947.
- DRETTLER (Juljan), Pansk-Zadlad, Cracovie. — 28 février 1938.
- HANDELSMAN, médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique de Varsovie. — 24 avril 1939.
- MAZURKIEWICZ. — 1947.
- ORZECZOWSKI (Casimir), professeur à l'Université, 6, place Napoléon, Varsovie. — 22 juin 1931.
- SCHMIERGELD, 27, rue Srodmiejska, Lodz. — 29 juin 1908.

PORTUGAL

- MM. BAHIA Junior, Hospital do Conde de Ferreira, Porto. — 30 mars 1931.
- BARAHONA-FERNANDES (DE), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Lisbonne, directeur de la clinique psychiatrique. — 22 décembre 1947.

- MM. CARVALHO (Ribeiro), service de neurologie des hôpitaux de Lisbonne. — 22 novembre 1948.
- DA SILVA ALVES FURTADO (Diogo-Guilherme), professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lisbonne, médecin-chef du service de psychiatrie de l'Armée, Avenida de Libertade, 85, Lisbonne. — 26 juillet 1937.
- DOS SANTOS (João-Augusto), neuro-psychiatre de l'Hôpital Julio de Matos, rue Maria, 4, 2^e, D^o, Lisbonne. — 23 juin 1952.
- MARTINS (Lopès) professeur à l'Université, Porto. — 29 juillet 1908.
- MIRANDA (Henrique DE), 44, rue du Général-Galliéni, Viroflay (Seine-et-Oise). — 26 juillet 1937.
- MOURA (Elysio DE), professeur de neurologie et de psychiatrie à l'Université de Coïmbra. — 26 novembre 1934.
- PIRES-DE LIMA (Augusto), médecin-psychiatre, Porto. — 23 novembre 1936.
- SEABRA-DINIS (Joaquim), médecin-psychiatre à l'Hôpital Julio de Matos, Avenida do Brasil, 53-A, r/c., Lisbonne. — 28 avril 1952.

ROUMANIE

- MM. CAHANE-MARES, médecin-chef de l'Hôpital des maladies mentales et nerveuses, Diciosanmartin (Transylvanie). — 22 octobre 1934.
- CANTACUZÈNE (Jean), 12, rue Vasile-Parvan, Bucarest. — 26 octobre 1936.
- DIMOLESCU (Alfred), médecin de l'Hôpital central des maladies mentales et nerveuses, Bucarest, 28, rue Gogu, Cantacuzino. — 23 mai 1932.
- MARINESCO (G.), professeur de neurologie à l'Université, 29, Salcutor, Bucarest. — 26 juillet 1937.
- PADEANO, assistant à la clinique psychiatrique de Bucarest, 22 Str. Washington. — 23 mai 1932.
- PARHON (C.-I.), professeur à la Faculté de médecine, 3, rue Lutérane, Bucarest. — 26 janvier 1931.
- PAULIAN (Démètre-Em.), médecin-chef à l'Hôpital central des maladies mentales et nerveuses, conférencier à la Faculté de médecine, 31, Str. Armeneasca, Bucarest. — 26 janvier 1931.
- STANESCO (Jean), médecin de l'Hôpital pour maladies mentales et nerveuses de Sibiu, 39, Str. Braduliu, Bucarest. — 24 octobre 1932.
- URECHIA (C.-I.), professeur à l'Université, 1, rue Pasteur, Cluj. — 30 mars 1931.

SUEDE

- MM. JAKOBOWSKI, professeur de clinique psychiatrique à l'Université d'Upsal. — 28 juin 1948.
- KINBERG (Olof), professeur à l'Université de Stockholm. — 28 mai 1931.
- WIGERT (Victor), professeur de psychiatrie à l'Université de Stockholm. — 26 juillet 1937.

SUISSE

- MM. BERSOT (Henri), Clinique Bellevue, Le Landeron, Neuchâtel. — 27 décembre 1926.
- BINSWANGER (L.), Kreuzlingen. — 23 juin 1952.
- BLEULER (Manfred), professeur de psychiatrie à l'Université de Zürich. 17 décembre 1945.
- BOVEN (William), professeur de psychiatrie et de caractérologie à l'Université, 2, avenue de la Gare, Lausanne. — 31 octobre 1927.
- FLOURNOY (Henri), privat-docent à l'Université, 6, rue de Monnetier, Genève. — 27 novembre 1922.
- FOREL (O.-L.), privat-docent à l'Université de Genève, à Saint-Prex (Vaud). — 23 novembre 1930.
- MINKOWSKI (M.), professeur de neurologie à l'Université, Freiestrasse 55, Zürich. — 28 janvier 1935.
- MOREL (Ferdinand), professeur de psychiatrie à l'Université de Genève, directeur de la Clinique psychiatrique de Bel-Air. — 18 décembre 1934.
- MORSIER (G. DE), professeur de neurologie à l'Université, 2, rue de l'Hôtel-de-Ville, Genève. — 22 novembre 1937.
- MULLER (Max), directeur de l'établissement psychiatrique, professeur à l'Université de Berne, Müsingen. — 23 juin 1952.
- NAVILLE (F.), professeur de médecine légale à l'Université, 8, rue Saint-Léger, Genève. — 30 juin 1930.
- REPOND (André), directeur de la maison de santé de Malévoz, Monthey, Valais. — 28 novembre 1927.
- SAUSSURE (Raymond DE), actuellement aux Etats-Unis d'Amérique.
- STAEHELIN (John Eugen), professeur à l'Université, directeur de la Clinique psychiatrique « Friedmatt », Mittlerestrasse, 300, Bâle. — 22 juin 1952.
- STECK (Hans Théodor), professeur de Clinique psychiatrique à l'Université, directeur de l'asile de Céry-sur-Lausanne. — 25 février 1931.
- WYRSCH (J.), professeur à l'Université, « Waldau », Berne. — 22 juin 1952.

TCHECOSLOVAQUIE

- MM. HASKOVEC (Ladislav), professeur à l'Université tchécoslovaque, 3, Mezi-branska, Prague. — 27 mars 1905.
- JANOTA (Otakar), professeur de psychiatrie et neuro-pathologie à l'Université de Prague. — 22 décembre 1947.
- SEBEK (Jean), professeur agrégé de neuro-pathologie à l'Université tchécoslovaque, 1, U. Karlova, Prague, 11. — 23 décembre 1932.
- STUCKLIK (Jaroslav), médecin-directeur de l'asile d'Etat d'aliénés de Kosice. — 31 octobre 1921.

TURQUIE

- MM. CONOS (B.), médecin-chef du service des maladies nerveuses et mentales aux Hôpitaux grecs de Baloukli, place du Tunnel, Péra. — 26 janvier 1931.

- MM. DAGYOLU (Kazim), professeur agrégé à la Faculté de médecine d'Istanbul. — 22 juin 1952.
- FAHREDDIN KERIM GÖKAY, professeur à l'Université d'Istanbul, Ankara, Caddesi, 15. — 22 décembre 1938.
- SUKRU-AKSEL, professeur de Clinique psychiatrique, directeur de la Clinique psychiatrique de l'Université d'Istanbul, Beyoglu, Tunel meydanı, Istanbul. — 22 juin 1952.
- ZIMALAKIS, aliéniste des Hôpitaux « Balikli », Boyoglu Sofyali Sokagi, n° 46, Istanbul. — 28 avril 1913.

U.R.S.S.

- MM. CHOROSCHKO, professeur à la clinique neurologique de Moscou. — 30 mai 1927.
- JOUCHTCHENKO (A.-J.), professeur à l'Université de Kharkow. — 28 juillet 1913.
- PUUSEPP (Louis), professeur à l'Université Karlova, à Tartu (Esthonie). — 30 mai 1927.

URUGUAY

- MM. ETCHEPARE (Bernardo), ancien professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Montevideo. — 24 mai 1909.
- SICCO (Antonio), Hospital Vilardebo, Montevideo. — 30 mars 1931.
-

Séance du lundi 21 décembre 1953

Présidence : M. L. MARCHAND, ancien président
et M. P. GUIRAUD, ancien président

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Le président annonce le décès du D^r A. FILLASSIER, membre titulaire honoraire et ancien président de la Société médico-psychologique et exprime à la famille du défunt les condoléances de la société.

Le D^r A. FILLASSIER ayant été président de la Société en 1938, la séance est levée en signe de deuil.

*
**

A la reprise de la séance, le secrétaire général fait part de la *correspondance* reçue.

Rapport du secrétaire général

M. Paul ABÉLY. — Mes chers collègues, après la glorieuse année au cours de laquelle fut célébré son centenaire, notre société s'est un peu reposée en 1953 de ces fastes récents.

Cependant, loin de somnoler, il semble au contraire que, quoique d'âge respectable, l'hommage qu'elle a reçu de tous les coins du monde a insufflé dans ses veines un regain de jeunesse et de vigueur. Cent ans est si peu de chose pour une société solide et bien vivante !

C'est ainsi qu'au cours de la présente année, ses publications se sont multipliées et que le nombre de ses membres s'est considérablement accru. Il s'est en effet enrichi de deux nouveaux membres associés étrangers : deux noms universellement connus : les professeurs Percival Bailey et Walter L. Bruetsch, de trois membres titulaires, de vingt membres correspondants nationaux.

Hélas, en contre-partie, elle a eu la douleur de perdre neuf de ses membres fidèles et très estimés. Je les cite dans l'ordre chronologique de leur disparition : MM. Sengès, Gallavardin, Desclaux, Laignel-Lavastine, Pfersdorff, Gelma, Parcheminet, Fillassier. Ce fut pour nous tous une année lourde de deuils.

Notre société, nullement figée dans un traditionnalisme désuet, a accueilli les observations les plus diverses, depuis celles de la neuro-chirurgie jusqu'à celles de la psychanalyse.

Votre bureau a même tenté d'organiser quelques réunions hors des cadres habituels, orientées vers des disciplines nouvelles. C'est ainsi que nous avons réuni une séance clinique essentiellement biologique au laboratoire de physiologie de notre président, le professeur Santenaise, et que dans quelques jours nous nous retrouverons dans le service du professeur Heuyer pour nous intéresser à la neuro-psychiatrie infantile.

En décembre dernier, on m'a demandé, sans que je l'en sollicite, d'accepter de remplir pendant l'année 1953 les fonctions de secrétaire général.

Je me suis efforcé d'accomplir de mon mieux cette tâche. Elle est aujourd'hui terminée. Permettez-moi de vous rapporter les quelques constatations de cette expérience de douze mois. Il ne s'agit pas, soyez-en persuadés, de critiques chagrines, mais d'observations destinées à faciliter le travail de mon successeur. Tout d'abord, j'ai gardé l'impression assez solide que lorsque vous recevez l'ordre du jour vous convoquant à la réunion mensuelle vous ne lisez jamais la note de la fin, dite cependant : Note importante. Vous pourriez y lire qu'il faut adresser le titre de vos communications douze jours environ (dernier délai) avant la date de la séance, cela pour faciliter en temps voulu l'impression et l'envoi.

Vous y liriez aussi que chaque communication ne doit pas comporter plus de six pages dactylographiées correspondant aux cinq pages limites du format des *Annales*.

Vous y liriez enfin que les résumés pour la presse doivent au moins comporter vos noms, la date de la séance et le titre de la communication. En respectant cette discipline, vous éviteriez au secrétaire général beaucoup de soucis. Il est enfin une question cruciale sur laquelle je tiens à attirer particulièrement votre attention, je veux parler du déséquilibre de plus en plus accentué entre les séances ordinaires et les séances cliniques.

En effet, j'ai reçu au cours de ces douze mois un nombre tel d'inscriptions pour les séances ordinaires, que le programme était souvent dépassé « dans le temps et le nombre », alors que les séances cliniques deviennent de plus en plus squelettiques et de moins en moins fréquentées. Ce déséquilibre tient peut-être à une conception des temps présents ou à un horaire ? Je la crois très regrettable, car le théorique ne peut se compléter que par le vivant.

Je me suis demandé s'il ne serait pas préférable de réduire ces séances cliniques à une par trimestre, mais alors sur des sujets bien déterminés par avance et avec un ordre du jour précis, permettant des convocations individuelles comme pour la séance ordinaire ?

Telles sont les quelques indications essentielles que j'ai cru utile de soumettre à votre opinion.

Mais je tiens, aussi, à vous remercier en quittant ce secrétariat général, de votre bonne volonté et de votre courtoisie, car les discussions n'ont jamais été tempêteuses et les quelques réclamations individuelles que j'ai eu à connaître ont été toujours empreintes d'une parfaite cordialité.

Vous allez avoir à élire pour 1954 un vice-président, un secrétaire général et un nouveau secrétaire des séances, M. L. MICHAUX m'ayant exprimé le désir de ne pas continuer ses fonctions ; notre collègue M. M. BERGERON veut bien accepter de le remplacer. Nous lui en exprimons notre gratitude.

J'ajoute enfin, pour terminer, un mot seulement sur la délicate question de la révision des statuts ; le bureau et le conseil d'administration ont

estimé pouvoir se limiter dans cette révision à celle, d'ailleurs obligatoire, du statut concernant la cotisation. Notre sympathique et dévoué trésorier M. O. GARAND vous en parlera.

Adoption du rapport

Après intervention de M. D. SANTENOISE, *président*, le rapport du secrétaire général est adopté sans débat.

Le président fait connaître que M. L. MICHAUX désire abandonner ses fonctions de secrétaire des séances et exprime ses regrets de ce départ.

Rapport de la commission des finances

par M. L. MARCHAND, *membre de cette commission*

Après avis de la commission des finances, la Société médico-psychologique, à l'unanimité des membres présents, approuve le compte rendu de 1953 et vote des félicitations au D^r O. GARAND, trésorier-archiviste.

Élection du bureau pour 1954

Conformément aux statuts, M. le D^r B.-J. LOGRE, *vice-président*, devient de droit *président* pour l'année 1954.

L'élection des autres membres du bureau au scrutin secret donne les résultats suivants :

Election du vice-président

Nombre de votants	18
Majorité absolue	10
MM. Paul ABÉLY	16 voix, élu.
H. EY	1 —
Bulletin blanc	1

Election du secrétaire général

Nombre de votants	20
Majorité absolue	11
M. Xavier ABÉLY	19 voix, élu.
Bulletin blanc	1

Election du trésorier-archiviste

Nombre de votants	20
Majorité absolue	11
M. O. GARAND	19 voix, élu.
Bulletin blanc	1

Election des secrétaires des séances

Nombre de votants	20
Majorité absolue	11
MM. P. SIVADON	18 voix, élu.
M. BERGERON	17 -- élu.
M. CHATAGNON	1 --
M. DAUMÉZON	1 --
Bulletins blancs	2

Bureau de la société médico-psychologique pour 1954

Le bureau de la société est ainsi composé pour 1954 :

Président : M. B.-J. LOGRE.

Vice-président : M. Paul ABÉLY.

Secrétaire général : M. Xavier ABÉLY.

Trésorier-archiviste : M. Ollivier GARAND.

Secrétaires des séances : MM. Paul SIVADON et Marcel BERGERON.

M. Paul ABÉLY, vice-président pour 1954, sera de droit président en 1955.

Conseil d'administration

Conformément à l'article 5 des statuts, pendant l'année 1954, en s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, MM. G. COLLET et D. SANTENOISE, le bureau se constituera en *Conseil d'administration*.

Commission des finances

La *commission des finances* est composée de MM. les D^{rs} René BESSIÈRE et LÉON MARCHAND.

SEANCE ORDINAIRE

Présidence : M. D. SANTENOISE, président

COMMUNICATIONS

Sur la nécessité de l'interdiction légale de la lobotomie,
par M. H. BARUK.

Dès sa naissance, nous avons été l'un des premiers à souligner l'erreur d'orientation et les dangers de la lobotomie. Nos travaux antérieurs sur le lobe préfrontal, échelonnés depuis 1926, nous avaient montré que les atteintes des lobes préfrontaux sont susceptibles d'avoir d'importants retentissements sur la mémoire, la personnalité, le contrôle moral. D'autre part notre expérimentation sur les animaux, effectuée avec notre ami Puech, nous avait permis de mettre en évidence une impulsivité spéciale chez les singes opérés, impulsivité suivie d'épilepsie de plus en plus grave dans les cinq ans postérieurs à l'opération.

En vertu de ces données cliniques, physiologiques et expérimentales, on pouvait craindre chez l'homme de graves conséquences de tels essais et estimer qu'ils n'étaient pas légitimes, d'après les bases scientifiques que nous possédons. C'est ce que nous avons dit déjà à de Martel, qui, avant Moniz, avait eu l'idée de tels essais thérapeutiques chez les malades mentaux et nous en avait parlé. C'est la même thèse que nous avons soutenue dès la parution de l'ouvrage de Moniz et que nous n'avons cessé de défendre depuis lors.

Si au début notre voix n'a pas été écoutée, les faits ont malheureusement de plus en plus confirmé nos appréhensions. Les altérations de la personnalité, de la conscience morale, du contrôle, ainsi que l'épilepsie ultérieure, sont devenues maintenant des constatations banales chez les malades lobotomisés. Bien plus, on commence à voir, chez des sujets que l'on prétendait rendre calmes par cette méthode, des réactions impulsives dangereuses comme nous-même, ainsi que le D^r Bachet, en avons rapporté des exemples.

Devant de tels résultats, il eût été logique d'abandonner de telles tentatives. C'est ce qui s'est produit dans les pays où cette interven-

fion a été interdite, et c'est ce qui explique l'augmentation croissante des opposants à la psychochirurgie dans le monde entier.

Ceux-ci s'appuient d'une part sur l'idée de l'incurabilité et de la chronicité des psychoses lorsque les méthodes de choc n'ont pas donné de résultats, idée démentie par tous les faits, qui montrent la persistance de la possibilité de guérisons, même tardives, et qui montrent d'autre part que les méthodes de choc ne pouvaient avoir la valeur d'un test de curabilité, car ces méthodes de choc, loin d'améliorer, sont souvent susceptibles d'aggraver ultérieurement la maladie.

Les partisans de la psychochirurgie frontale ne nient pas ses conséquences sur la personnalité, mais estiment néanmoins qu'un déficit vaut parfois mieux que des troubles fonctionnels douloureux, soit pour le malade, soit pour son entourage. Ils sont prêts à sacrifier la personnalité morale ou la conscience morale afin d'émousser les réactions pénibles. Ils estiment qu'une déchéance par indifférence vaut mieux qu'une souffrance par suite de remords ou par douleur morale. Ils oublient que ces douleurs morales et ces réactions pénibles sont susceptibles de guérir entre les mains d'un médecin expérimenté et qu'il y a d'autres thérapeutiques biologiques ou morales, et surtout étiologiques, efficaces. Ils oublient aussi que la nature est parfois également susceptible de guérir lorsque le médecin est assez habile et dévoué pour ne pas la contrecarrer.

Ainsi posé, le problème ne se place plus sur le plan scientifique, mais sur le plan moral. Il repose sur le respect ou sur le mépris de la personnalité et de la conscience morale comme fondement spécifique de l'humanité et de la dignité de l'homme. Ce respect est le fondement de toutes les religions monothéistes, et de toute civilisation humaine. Il se confond avec le respect de la vie humaine. Le supprimer, sous le prétexte de détruire coûte que coûte toute réaction pénible au prix du sacrifice de la personnalité, se résoudre, avec le risque de compromettre l'avenir, à la suppression immédiate d'un symptôme, c'est donc admettre une certaine manière de penser et de sentir qui côtoie l'euthanasie partielle et qui déchire les principes moraux fondamentaux.

On répondra sans doute, au nom de quelques résultats particuliers. Notre expérience est insuffisante en ce qui concerne les algies organiques, que nous laisserons en dehors de cette étude. Par ailleurs, nous avons rapporté nous-même, avec Trotter et Wolfen, un cas de parkinsonisme très grave, qui, après une lobotomie, s'est trouvé amélioré. Mais, en pareil cas, il s'agissait déjà d'une lésion organique grave et, en plus, d'une lésion organique qui, chez le malade en question, s'était déjà accompagnée d'une atteinte profonde de la personnalité. Si cette atteinte est restée sans changement, la motilité du malade s'est notablement améliorée. Encore avons-nous fait les plus expresses réserves sur ce cas tout à fait spécial, car il y aurait un grand danger à étendre à d'autres parkinsoniens de tels essais, suscep-

tibles, au nom d'une amélioration motrice hypothétique, d'altérer en plus une personnalité intacte.

Dans le domaine psychiatrique, ce qui fait la gravité d'une telle thérapeutique, c'est qu'elle peut transformer des troubles fonctionnels, toujours curables, même avec le temps, en une lésion organique susceptible de déterminer des syndromes déficitaires. En outre, dans ce domaine psychiatrique, la lobotomie est susceptible de donner lieu à de graves abus, à savoir :

A) La négligence des thérapeutiques utiles et des efforts d'amélioration des conditions des malades mentaux aboutissant à un pessimisme systématique, poussant les malades et les familles à l'opération.

B) La dissimulation ou la négligence dans l'exposé des risques et des résultats à ceux qui décident l'opération.

Par exemple, si l'on expose d'abord la situation sans issue, on peut croire que l'opération devient la seule voie de salut. Si on n'indique pas que l'opération altère le cerveau, si on laisse penser qu'il ne s'agit que d'une intervention sans conséquence, si on affirme la guérison, ou même si on dit que, toute autre voie étant fermée, c'est la seule issue, on trompe manifestement. De même, les erreurs de diagnostic et de pronostic, si nombreuses en psychiatrie, préparent l'acceptation de l'opération, de même que la menace de ne plus soigner le malade, si on n'accepte pas les yeux fermés les conseils, tous ces moyens de pression, déguisés ou non, constituent des abus intolérables, de même que le fait de réaliser l'opération de force chez un malade qui la redoute et qui peut se voir menacé dans son avenir et sa personnalité, et il y a encore mille autres abus possibles.

C'est pourquoi, dans une récente communication à la Société de neurologie, avec le Dr Launay, intitulée « Les méfaits de la psychochirurgie », nous avons présenté un malade retardé scolaire, avec une débilité et une instabilité qui, vivant lui-même dans une famille très nerveuse, fatiguait ses parents par ses demandes d'aller au cinéma, et pour de petits larcins, et qui fut placé successivement dans un collège de redressement, puis, après avoir fait le mur, dut subir de force toutes les méthodes de choc, et finalement la lobotomie. A la suite de ces traitements de force, le sujet fut véritablement saisi de terreur et n'avait que le désir de fuir, ce qui aboutit à la contention permanente. Il devint en outre épileptique à la suite de l'opération. Finalement, devant une situation d'apparence désespérée, le malade fut repris par ses parents. Son état était lamentable, avec une agitation, une anxiété, une insomnie totale, un état général mauvais. Néanmoins une cure dans une autre atmosphère morale amena rapidement par la restauration de la confiance le retour du sommeil, le relèvement de l'état général.

Une telle observation, qui n'est pas isolée, amena dans la discussion un certain nombre de neurochirurgiens, et notamment Ferey, de Rennes, à condamner les abus que nous venons de signaler. Mais peut-on

condamner les abus sans condamner la méthode ? Nous ne le pensons pas.

C'est pourquoi nous fûmes extraordinairement surpris en lisant, à la fin de cette discussion, une note qui a été insérée sans que nous en ayons eu connaissance, disant que : « Nous admettions désormais la lobotomie sous certaines conditions et que nous nous engageons à ne plus faire de campagne systématique d'interdiction et enfin qu'un règlement des conditions d'intervention devra être rapidement étudié par les psychiatres et les neurochirurgiens pour prévenir tous les abus. »

Il va sans dire que nous avons vivement protesté contre une telle insertion, absolument contraire à notre pensée et à toutes nos déclarations, d'autant plus étonnante que dans le texte de notre discussion qui précède nous réclamions l'interdiction de la lobotomie.

C'est bien en effet cette interdiction légale qui s'impose. A ce sujet, il est en effet bien étonnant que la loi qui condamne vigoureusement la destruction d'une personnalité à venir, par la condamnation de l'avortement, ne prenne aucune mesure pour protéger une personnalité vivante contre cette tentative de dépersonnalisation que représente la lobotomie.

A ce sujet on peut faire remarquer que si l'avortement est interdit légalement, malgré que dans certains cas il puisse être autorisé, sous certaines conditions, pour sauver la vie de la mère, cette interdiction est faite pour éviter précisément les abus qui ne manqueraient pas de se produire, si l'avortement n'était pas nettement condamné. Et encore, dans les cas exceptionnels où il est légalement autorisé, l'avortement est autorisé alors en vue de sauver une vie humaine.

Ce dernier cas ne se pose guère pour la lobotomie. De toute façon, le minimum qui s'impose vis-à-vis de la lobotomie est au moins une législation comparable à la législation actuelle de l'avortement, c'est-à-dire l'interdiction légale.

DISCUSSION

M. O. GARAND. — Je n'ai pas une très grande expérience des lobotomies, n'ayant fait opérer qu'un nombre restreint de malades, avec d'ailleurs quelques succès et des échecs.

Mais la proposition de M. Baruk ne peut pas, à mon avis, être prise en considération par notre société. Un vœu demandant aux pouvoirs publics d'interdire par une loi la lobotomie me paraît une initiative tout à fait insolite et sans précédent. Il n'y a pas de différence de nature entre le traitement apparemment le plus bénin et l'opération la plus grave. Le médecin prend ses responsabilités en face du malade, selon sa conscience. S'il se montre incapable, s'il commet une faute lourde, il peut lui être demandé réparation d'après le droit commun. Mais, que deviendraient les médecins et les malades, si les médications étaient réglementées par le code ?

Sans doute, M. Baruk ne s'en tiendrait pas là, et proposerait bientôt l'interdiction de l'électro-choc, de l'insulinothérapie et des autres thérapeutiques qu'il a définitivement condamnées.

Et nous voilà assez loin de l'observation médicale où la vérité apparaît

toujours très nuancée ; il s'agit ici de véritables articles de foi, au nom desquels nous sommes frappés d'anathème et menacés de la force publique.

Il nous semble qu'un peu plus de tolérance intellectuelle est nécessaire à l'égard de ceux dont nous ne partageons pas les opinions. D'autre part, pour ce qui est de la lobotomie, la personnalité des confrères qui ont préconisé cette opération et l'effectuent, nous donne tous apaisements et nous pouvons être par là assurés qu'il n'y a pas de croisade à entreprendre.

M. J. LE BEAU. — Dans sa brève communication M. Baruk, s'appuyant sur les abus de la lobotomie et sur l'absence de données physiologiques à sa base, faits, dit-il, reconnus par tout le monde, réclame l'interdiction légale de la psycho-chirurgie.

Il y a certainement des abus en psycho-chirurgie, la plupart provenant de ce qu'elle n'est pas toujours effectuée par des neuro-chirurgiens qualifiés, surveillant leurs malades et connaissant les éléments de la sémiologie psychiatrique comme ils connaissent ceux de la neurologie et de l'électro-encéphalographie. Pour des raisons de simple probabilité statistique, il doit y avoir des bons et des mauvais neuro-chirurgiens, techniquement et moralement, de même qu'il y a de bons et de mauvais chirurgiens généraux, de bons et de mauvais médecins, et, peut-être, de bons et de mauvais psychiatres. On peut même étendre cette remarque évidente à toutes les professions humaines : il y a de bons et de mauvais plombiers, mais on n'en tire pas argument pour supprimer ce corps de métier, car on ne voit pas comment on pourrait faire réparer sa salle de bains.

Du point de vue physiologique, les affirmations de M. Baruk sont inexactes. Nous ne pouvons faire ici l'histoire de toutes les recherches sur les fonctions des lobes frontaux, les unes sur le singe, les autres sur l'homme, en particulier les études sur le comportement post-opératoire des malades porteurs de tumeur frontale, mais surtout des malades ayant subi, non seulement des lobotomies, mais des opérations frontales sélectives ; en conclusion de ces recherches, il n'est pas douteux que les lobes frontaux ont un rôle prédominant dans les fonctions mentales et il n'est pas douteux, non plus, que des opérations frontales de diverses localisations peuvent modifier le comportement de manière différente sans entraîner le moindre trouble intellectuel, fait dont on comprend toute l'importance du point de vue social. Voilà pourquoi, sur le plan de la technique pure, nous préférons la chirurgie frontale sélective à la lobotomie, mais ce n'est certes pas une raison pour interdire celle-ci ; pas plus qu'on n'interdirait la gastro-entérostomie sous prétexte que la gastrectomie est souvent préférable dans certaines affections.

Le caractère le plus grave de la communication de M. Baruk est la manifestation d'intolérance qu'elle constitue. Loin de se borner à une appréciation scientifique objective des faits, tâche d'ailleurs très difficile en psycho-chirurgie, M. Baruk s'appuie sur des considérations strictement dogmatiques : un exemple particulièrement inquiétant qu'il en donne lui-même est l'enseignement obligatoire et exclusif de la doctrine pavlovienne, dont on a tiré argument pour condamner la psycho-chirurgie en s'appuyant sur des raisonnements physiologiques très obscurs et en négligeant par définition tous les succès des interventions chirurgicales pratiquées sur les lobes frontaux dans le traitement des maladies mentales. On se demande quel sens prend alors le mot « science » dans de tels exposés.

M. Baruk connaît toutes les raisons d'estime que j'ai pour lui ; je me permets de lui dire que cette estime serait complète si, au lieu de réclamer des mesures légales d'intolérance, il nous disait un jour : « Bien qu'opposé à la psycho-chirurgie, je défendrai jusqu'au bout son libre exercice. »

M. E. MIKOWSKI. — Il ne semble pas qu'on puisse mettre sur le même plan le problème de l'avortement et celui de la lobotomie. L'avortement con-

naît une très large part extra-médicale, et c'est là son principal danger. Sur le plan strictement médical, un débat peut être ouvert pour ce qui est de l'extension à donner aux indications, toutes les garanties prises évidemment ; dans certains pays, ces indications sont plus larges que chez nous ; les diverses situations en présence desquelles peut se trouver le médecin, et qu'il aura à peser en son âme et conscience seront versées au débat. La lobotomie ne comporte qu'un début de cet ordre : les résultats obtenus de même que les inconvénients et les dangers y seront examinés. Les confrères qui pratiquent cette méthode et auxquels, en raison de leur compétence et de la place qu'ils occupent parmi nous, nous avons tout lieu de faire confiance, restent attentifs, eux aussi, à ces inconvénients, pèsent le pour et le contre, sont à même de réviser leur position s'il y a lieu. Kocher, de Berne, pratiquait, pour le goitre, l'ablation totale de la thyroïde ; le myxœdème consécutif le fit modifier sa technique. Les expériences acquises donnent lieu à un long échange de vues entre médecins, et c'est l'essentiel. Toute intervention législative, prise de surcroît sur notre initiative, risque de porter une atteinte au prestige de notre recherche et de notre effort médicaux, cette recherche et cet effort s'inspirant tout naturellement de tendances humanitaires qui en traçent en même temps les limites.

M. A. BROUSSEAU. — M. Baruk prend prétexte « d'abus innombrables » pour proposer l'interdiction des interventions préfrontales en psychiatrie. Ces abus se définiraient, selon lui, pour une part dans l'insuffisance des explications fournies par le médecin à la famille, et dans la promesse de guérison.

De quels témoignages, et en quels cas, a-t-il pu tirer pareilles convictions ? Dans mon service, rien n'est décidé sans la demande expresse des familles et du malade. Cette demande doit être entièrement rédigée par les intéressés. C'est alors seulement que notre proposition est présentée, ainsi que l'observation complète, au neuro-chirurgien.

Notre collègue prétend que nous ne recourons à la neuro chirurgie qu'après l'échec des méthodes de choc. Ceci, en ce qui concerne mon service, est d'une grave inexactitude. M. Baruk aurait pu s'en apercevoir s'il avait relu nos observations publiées ici même, et s'il s'était rendu à mon invitation faite devant vous à la séance de juin dernier.

Cette proposition n'a pas plus retenu son intérêt que les observations communiquées par M. Ferey et les facilités de contrôle qui lui étaient offertes (*Revue neurologique*, 1953, t. II, p. 151). Notre service et nos dossiers lui demeurent ouverts.

Les fondements théoriques des lobotomies sont, dit-il, inexistantes. Il y a certes bien des imperfections dans notre connaissance des connexions et de la physiologie comme de la physiopathologie des régions préfrontales. Mais, il méconnaît, aveuglément, les raisons pratiques qui nous engagent à poursuivre.

Il n'est plus possible d'invoquer le hasard seul dans la détermination des succès. De mes malades atteints d'altérations caractérielles anciennes et graves, combinées ou non avec des anomalies instinctives, le quart au moins a retrouvé la liberté et mène, sans déficit psychique d'aucune sorte, une vie familiale et professionnelle d'une qualité à laquelle, auparavant, ils n'avaient jamais pu atteindre.

M. Baruk, dans son dessein de justifier sa volonté d'interdiction légale de la neuro-chirurgie préfrontale en psychiatrie, tente un parallèle avec l'avortement et les motifs moraux de sa répression. Il se fait le protecteur « de la vie d'une personnalité constituée ». Que ne s'avise-t-il qu'il s'agit, en l'occurrence, d'une personnalité *psychopathique* constituée.

A combien d'années, à combien de lustres de privation de liberté en milieu asilaire condamne-t-il une bonne part de ceux qu'il nous refuse de secourir ?

M. M. LECONTE. — J'estime, contrairement à mon ami Garand, qu'aucun débat touchant à un problème psychiatrique ne saurait être esquivé par la Société.

Je ne crois pas que certains actes de psycho-chirurgie soient du même ordre que les autres thérapeutiques et un grand pays, on le sait, a jugé utile de l'interdire sur l'ensemble de son territoire.

Lors de la prise de mes fonctions de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine, j'ai reçu dans mon service la visite d'un confrère qui m'a annoncé qu'il passerait tous les quinze jours pour les lobotomies à envisager.

J'ai été étonné de cette pratique de rabatteur, qui se passerait également dans un hôpital très voisin et que je n'avais jamais encore eu l'occasion de constater dans aucune autre spécialité.

Quoi qu'il en soit, à considérer l'appui qu'apportent à la même opinion certains de nos maîtres, dont M. Brousseau, savants indiscutés, et des neuro-chirurgiens des hôpitaux de valeur, chacun vient d'entendre d'ailleurs notre ami Lebeau — et qu'il semble bien qu'on ne puisse condamner la méthode sans examen.

Mais quand on assiste à l'énergique expression de l'avis de M. Baruk, que d'indiscutables faits doivent autoriser à agir ainsi, nous pensons qu'on ne peut ignorer les opinions des uns et des autres.

A une récente séance de la Société médico-psychologique, nous avons cru comprendre de la bouche d'un psycho-chirurgien qu'il s'agissait de demander à ce qu'on tente d'interdire à M. Baruk d'exprimer ses conceptions.

Pour notre part, nous n'avons dans notre service que des cas pitoyables de malades opérés à Sainte-Anne, et n'avons jamais eu recours, pour aucun cas, à aucun psycho-chirurgien, dans la Seine ou ailleurs. Cela n'est pas une raison pour que les thèses en présence soient méprisées ou blâmées par les uns ou par les autres.

Nous pensons que la Société devrait se prononcer, et qu'à défaut de la condamnation totale, une réglementation ne serait pas inutile dans nombre de cas, pour inciter à ce que de telles thérapeutiques soient toujours posées avec réflexion et rigueur en toutes circonstances.

Réponse aux discussions

M. H. BARUK. — Je répondrai d'abord à M. Garand que l'attitude passionnelle avec laquelle il s'exprime aujourd'hui enlève à son intervention les caractères d'une discussion vraie. Lorsqu'on juge des opinions exprimées par écrit, il faut citer exactement les écrits, et ne pas extraire des phrases détachées amalgamées avec des commentaires. Sur le fond du sujet, M. Garand estime que discuter une thérapeutique c'est critiquer toutes les autres thérapeutiques, et au nom de la liberté il réclame pour le médecin le droit d'appliquer n'importe quelle thérapeutique ou même n'importe quel essai sans discussion ni critique dans les sociétés scientifiques. Une telle liberté absolue sans contrôle n'a rien à voir avec la liberté. Elle constitue l'arbitraire. C'est l'arbitraire médical sans contrôle qui est ainsi demandé. Je me demande alors à quoi serviraient dans ce cas les sociétés scientifiques.

M. Brousseau estime qu'il n'est pas juste de considérer comme inexistants les fondements physiologiques de la lobotomie et que le problème des fonctions du lobe préfrontal n'est pas encore complètement élucidé. Sans doute, il y a toujours des progrès à faire, mais tout ce que l'on sait de la physiologie expérimentale et des données anatomo-cliniques relatives aux lobes préfrontaux était contraire à l'instauration de la lobotomie et ce sujet a été largement traité ici, notamment dans un mémoire de M. Bachet. M. Brousseau me fait grief de ne pas avoir accepté l'invitation de M. Ferey de me rendre à Rennes pour étudier ses résultats. Je serais fort heureux de pouvoir me rendre à l'aimable invitation de Ferey, mais il me faudrait dis-

poser pour cela d'un congé assez long dont je n'ai pu bénéficier jusqu'à présent. M. Brousseau estime que la thérapeutique morale ne suffit pas, bien que, il n'en méconnaisse pas l'intérêt, me semble-t-il. Mais il y a aussi les thérapeutiques étiologiques, hygiéniques et autres.

Je remercie M. Leconte d'avoir souligné justement l'importance d'une psychiatrie médicale et étiologique, au développement de laquelle il se consacre avec ténacité et qui, à mon avis, est la psychiatrie de l'avenir. Comme il vient de le rappeler, la liberté réclamée par certains, à l'appui de la thèse de la lobotomie, est souvent refusée dans la discussion à la thèse inverse. Pour ma part, je réclame la vraie liberté, et j'estime que les discussions libres sont la plus grande garantie des progrès. J'ai toujours été heureux d'écouter les opinions de mes adversaires, et de discuter avec eux. J'ajoute que j'ai toujours employé un ton modéré, et des arguments précis. Quant aux faits que M. Leconte vient de rappeler, ils ont été également signalés par M. Gouriou dans une retentissante communication à la Société de médecine légale de Paris, communication qui constitue un véritable réquisitoire ferme et documenté contre la lobotomie et ses abus.

A M. Le Beau, je répondrai que les neuro-chirurgiens ne sont en général pour rien dans les abus que je critique. En effet, le problème repose sur la question des indications, question qui est du domaine psychiatrique et non du domaine neuro-chirurgical.

Je répondrai à M. Tusques, que l'on ne peut admettre le dilemme, ou absence de thérapeutiques, ou thérapeutiques aveugles. La règle *primum non nocere* reste valable, mais cette règle ne justifie pas l'abstention, mais suppose la nécessité d'établir des thérapeutiques adaptées et bien justifiées. La règle d'agir n'importe comment, afin d'éviter l'accusation de l'abstention, est une règle dangereuse. La liberté demandée de faire n'importe quoi sans contrôle est une fausse conception de la liberté ; si, sous prétexte de liberté, on admet que tout est permis et que chacun est libre de faire ce qui lui plaît sans égards aux intérêts de son prochain, on aboutit à la ruine de toute morale, au règne de la licence et de l'arbitraire, qui constitue une tyrannie exactement opposée à la liberté.

Quant à M. Minkowski, qui invoque une sorte de raison d'état médicale, et qui demande que l'on fasse confiance aveuglément à tous les thérapeutes sans discuter, par une sorte de credo aveugle, il me semble qu'une telle conception constituerait un retour à l'obscurantisme du moyen âge, et qu'elle aboutirait à la négation de toute méthode scientifique. Pascal, dans sa préface au Traité sur le vide, estimait que si le credo et la soumission à l'autorité s'imposait en matière théologique, par contre l'observation et la libre discussion s'imposaient dans les sciences. Si j'ai bien compris M. Minkowski, son intervention viserait à étendre aux domaines scientifiques l'obéissance aveugle réclamée par Pascal dans le domaine théologique. Cela, il est impossible de l'admettre.

M. O. GARAND. — Je désire répondre quelques mots à M. Baruk, afin de dissiper tout malentendu. Je n'ai jamais prétendu m'opposer à aucune discussion. Nous avons parfaitement le droit de dire ici d'un traitement qu'il est inefficace ou dangereux et il peut même résulter de nos débats une sorte de condamnation de ce traitement ; mais ce que je ne peux accepter, c'est que nous, médecins, nous demandions aux pouvoirs publics une loi pour interdire une opération pratiquée par des confrères qui présentent toute garantie de compétence et de moralité.

La véhémence des termes employés par M. Baruk ; assimilation de la liberté de procéder à la lobotomie, à la liberté de tuer et de voler, accusation d'obscurantisme à l'égard d'un contradicteur, confirme ce que j'ai dit précédemment : il ne s'agit plus d'observation médicale, mais de véritable dogme.

Malheureusement, ce ne sont pas seulement les idées et les techniques que

M. Baruk condamne, mais les intentions et la moralité de ceux qui les expriment et les pratiquent. D'une série d'articles très nombreux, je ne veux retenir que quelques lignes de la « Gazette médicale de France » de mars 1952.

Voici ce qui est écrit des médecins utilisant les traitements de choc :

« Cette méthode n'accorde aucun crédit et aucun intérêt à la nature qu'elle dédaigne d'ailleurs d'étudier et elle repose sur un sentiment d'orgueil excessif en vertu duquel le médecin seul peut faire quelque chose et que l'essentiel est d'agir même sans rien savoir, même en faisant n'importe quoi..., ces méthodes se rapprochent par beaucoup de points des méthodes charlatanesques... En outre, comme le faisait M. Purgon... »

Nous ne reprochons pas à M. Baruk son abstention des traitements pratiqués par la quasi-unanimité des psychiatres dans le monde entier, ni les responsabilités résultant de cette abstention, par exemple les suicides éventuels, qui auraient pu être évités par l'électro-choc ; nous ne lui interdisons, ni les médications endocrinienne, ni la thérapeutique morale, mais nous lui demandons de nous laisser faire des traitements dont nous avons l'expérience et connaissons les indications, et dont les résultats, notamment ceux de l'électro-choc, sont si remarquables qu'ils ont absolument transformé la médecine mentale.

Le problème actuel des guérisseurs. Confrontation avec l'expérience d'un service de psychiatrie hospitalière, par MM. M. BACHET et P. MARCHAIS.

Le problème des guérisseurs fut déjà évoqué par divers auteurs (Claude, Dublineau, Caron, Laignel-Lavastine et ses élèves) et la société participa jadis aux discussions concernant le magnétisme animal avec Delasiauve. Nous sommes amenés à le réévoquer à une époque où les données scientifiques permettent d'élucider le mécanisme du prestige des magnétiseurs, le danger qu'ils présentent pour beaucoup de malades alors même que nous observons un mouvement d'opinion en leur faveur. L'indulgence dont ils jouissent dans l'opinion publique atteint tous les milieux, quelle que soit la culture générale ou scientifique. Elle atteint le corps médical, où certaines publications, rares heureusement, poussent l'indulgence au point d'accepter de leur accorder un statut et de collaborer avec eux. Sans doute ces opinions sont-elles rarement imprimées, mais nombre de médecins abandonnent la lutte devant le magnétiseur pour une foule de malades, considérés comme « fonctionnels » ou « névropathes ». Cet abandon paraît favorisé par une diminution de l'influence authentiquement psychosomatique (au sens large du terme) du médecin de médecine générale, du médecin de famille. Ceci étant la conséquence de la séparation entre les spécialisations, du recours trop exclusivement aveugle en des techniques d'exploration de plus en plus perfectionnées.

En face de ce mouvement se développe heureusement dans divers pays un mouvement médical désigné le plus souvent sous le nom de

médecine psychosomatique. Ce terme peut être discuté, surtout dans la mesure où il est annexé à des conceptions purement psychogéniques. Nous l'emploierons cependant aujourd'hui, puisqu'il a fait l'objet de l'ordre du jour du récent congrès de Pau, du rapport de M. Montassut. Les problèmes qu'il soulève ne peuvent être séparés de l'histoire de l'art de guérir. On ne peut oublier, d'autre part, la lutte des grandes organisations médicales contre l'institution du statut des guérisseurs, et, dans cette lutte, les espoirs que fondent nombre de médecins éminents sur le développement d'une médecine générale, synthétique, s'enrichissant des rapports entre les diverses spécialités médicales et la psychiatrie. La séparation qui persiste entre les habitudes de la clinique générale et les guérisons « psychothérapiques » d'une foule de malades qu'on est disposé à nous confier peut être comblée sans appel aux solutions prélogiques extra-médicales. Il faut signaler, à ce point de vue, l'échec fréquent des tentatives psychanalytiques chez l'adulte, malgré le mérite de certains analystes.

Les guérisseurs sont, dans l'immense majorité des cas, et pour eux et pour les malades qu'ils soignent, des magnétiseurs. Ce terme est important, car il correspond à une étape évolutive de l'explication, soit de guérisons, soit de provocation de névroses et de psychoses par des phénomènes d'inhibition. Il est inutile d'insister sur le caractère ancestral de ces phénomènes. Ils furent, jusqu'au XVIII^e siècle, l'apanage de la sorcellerie. Si quelques médecins du XVII^e essayèrent d'ébranler ces croyances, ce n'est guère qu'avec le XVIII^e siècle, l'abandon des explications par la sorcellerie ou la possession, et l'apparition des théories fluidiques et du magnétisme appuyée, par les découvertes de Franklin sur l'électricité, que ces résultats furent adaptés à des conceptions d'apparence scientifique (la critique de Mesmer, par Berthollet, est à rapprocher des conceptions de Babinski concernant l'hypnose). La fin du XVIII^e et le début du XIX^e furent marqués par d'extrêmes variations de ces conceptions, où l'on pouvait rencontrer toutes les formes de passage entre la théorie de l'électricité animale, jusqu'à celle qui rejoignait le spiritisme naissant, en passant par les formes intermédiaires, ésotériques. La persistance des pratiques magnétiques actuelles est rigoureusement due à la persistance dans l'opinion de cette étape explicative. Les malades traités fournissent les mêmes explications que celles de la fin du XVIII^e et du début du XIX^e, la diversité des formes variant suivant leur culture et leurs conceptions antérieures.

Nous avons pu nous rendre compte que les guérisons théâtrales obtenues par les guérisseurs étaient relativement rares, d'une rareté qui étonne même. Mais elle ne gêne pas le recrutement de leur clientèle. Une seule guérison exceptionnelle suffit à démontrer « la preuve du pouvoir » et ce qui pousse souvent les malades est le désir d'être ainsi guéris, l'ambition d'assister à un fait surnaturel, ou tout au moins inhabituel.

Dans l'immense majorité des cas, le processus du traitement est basé sur l'emploi d'inhibition de type hypnotique. Le magnétiseur peut employer les procédés d'hypnose classique (petit hypnotisme de Bernheim) ou avoir recours à des suggestions plus fortes (sujet inducteur, médium). Le plus souvent, cependant, il se contente d'utiliser des passes dans une ambiance rigoureusement identique à celle du processus de l'inhibition hypnotique. Le résultat étant la création d'une sensation réelle suggérée grâce à une inhibition partielle.

Or, l'emploi des inhibitions de type hypnotique revient à la mode en thérapeutique médicale, après une période d'abandon presque total, sauf quelques rares exceptions, dont P. Janet. Son emploi, même à l'exclusion de l'hypnoanalyse, nécessite les plus grandes précautions. Obtenir des résultats théâtraux, par des pratiques hypnotiques, dans une ambiance savamment préparée, ne nécessite qu'une courte expérience ; par contre, utiliser ce phénomène dans un but véritablement thérapeutique, c'est-à-dire, en étant sûr de ne pas nuire au malade, de ne pas remplacer un trouble fonctionnel par une névrose plus grave, est beaucoup plus difficile. Le petit hypnotisme peut être indiqué pour des cas très limités : douleurs des membres fantômes des amputés, quelques cas d'épilepsie aux crises très rapprochées, avec un tracé électroencéphalographique probant, quelques cas de phobies à composante réflexe marquée (agoraphobie, claustrophobie), quelques rares troubles du sommeil lorsqu'ils sont associés à un syndrome parasite, tel que le *restless leg*, et quelques autres cas exceptionnels, judicieusement choisis. Encore faut-il associer à l'agression inhibitrice une psychothérapie directe (explication, discussion), et c'est précisément tout le contraire que font les guérisseurs. D'ailleurs, pour l'immense majorité de nos consultants, l'inhibition hypnotique est souvent suspecte de nuire et plus souvent encore inutile. Les thérapeutiques de relaxation en salle obscure, avec bruit monocorde, ou avec excitation lumineuse intermittente, suffisent et donnent des résultats complets, sans aucun danger.

Toutes les inhibitions de type hypnotique provoquent un état dont les conséquences peuvent être une dissociation plus ou moins marquée, grave dans certains cas, fait rapporté par Ségla, notamment. Les mêmes inconvénients s'observent chez les malades traités de cette façon par le magnétiseur. Sans doute, certains étaient déjà malades avant de le consulter. G. de Clérambault a bien insisté sur ces cas, pour lesquels le malade venait chercher là une explication prélogique à un automatisme mental. Mais, même dans de tels cas, le magnétiseur, en général, enrichit et aggrave le délire. Surtout, d'autres malades, dont l'état mental était à peine altéré (simple dépression réactionnelle, cénestopathie), ont ensuite présenté un syndrome d'action extérieure et un syndrome chronique. Nous en possédons plusieurs observations. Sans doute, le très grand nombre des consultants du magnétiseur n'est pas ainsi aggravé, mais il n'en diffuse pas moins une habitude faisant des victimes en quantité non négligeable.

Il est remarquable de constater que nous nous trouvons en présence du paradoxe suivant : des phénomènes dont l'école neurologique française a déjà étudié le caractère physiopathologique, dont l'école de Pavlov a précisé le caractère réflexe, restent l'apanage presque exclusif d'une activité extramédicale, ayant pour base des conceptions attardées et magiques. Ces techniques sont dangereuses dans un nombre de cas importants. L'augmentation de la faveur de l'opinion générale envers le magnétiseur est donc lourde de signification comme de leçon.

Dans une autre branche de leur activité nous signalerons l'utilisation des thérapeutiques cutanées et intradermiques périphériques, qui vient d'être illustrée par un récent procès ayant eu un large retentissement dans la presse. Nous rappellerons qu'ici même l'un de nous a rapporté les effets d'une thérapeutique cutanée dans des phénomènes vasomoteurs de tous ordres, les uns du domaine franchement psychiatrique, les autres appartenant au type neurasthénique, les autres étant tout simplement médicaux (lumbago, sciatique, torticolis, vomissements de la grossesse, etc...). Nous avons rappelé à ce propos les succès obtenus par l'acupuncture médicale, bien que cette technique procède d'une toute autre théorie. Or, nous apprenons, par quelques publications russes, l'emploi étendu d'une thérapeutique identique, rangée sous la rubrique générale du nervisme. Nous reviendrons sur nos recherches dans ce domaine. A titre d'exemple, nous pouvons signaler le fait suivant, l'un des derniers en date. Sous la direction du professeur agrégé Padovani, le problème des douleurs réflexes post-traumatiques nous a été posé, le type en étant celle qui survient chez un ouvrier robuste, travailleur de force, qui a subi un choc dans la région vertébrale lors d'un accident émotivogène. L'étude clinique et radiologique est négative. Cependant le malade souffre pendant des mois ou des années, malgré les thérapeutiques les plus diverses : orthopédiques d'abord, chirurgicales quelquefois, psychiatriques assez souvent, et en désespoir de cause. Nous avons constaté que l'irritation cutanée prolongée, ou l'injection locale intradermique un peu douloureuse (eau distillée, par exemple), suffit en quelques séances à guérir complètement ces malades. La guérison s'accompagne souvent d'une réaction émotive et vasomotrice générale (sueurs, tremblements, crises de larmes).

Or, ces procédés sont aussi à la portée de quelques guérisseurs, renforcés peut-être par l'ambiance préalable créée. On ne peut s'empêcher de penser à ce que serait la réaction de ces malades, qui ne sont ni des hystériques, ni des mythomanes, ni des simulateurs, si un tel résultat avait été obtenu par un guérisseur après des années d'échecs de traitements médicaux.

Cet exemple, comme beaucoup d'autres, montre la nécessité d'enrichissement des recherches dans le sens des réflexothérapies, l'abandon du scepticisme traditionnel envers les thérapeutiques ne faisant inter-

venir, ni les prescriptions médicamenteuses, ni les interventions chirurgicales, ni toute autre technique réputée scientifique. Il implique la nécessité de repenser aussi bien le problème de la suggestion que celui des réflexothérapies, dont le nombre ne peut aller qu'en s'accroissant, et qui sont toujours d'une extrême bénignité. La conception russe du nervisme est intéressante, à condition qu'elle échappe à une systématisation trop dogmatique. En tout cas, les données cliniques et physiologiques sont plus que jamais suffisamment avancées pour rompre avec l'archaïsme du guérisseur, et en même temps respecter le droit du malade à la compréhension des procédés employés, dans la mesure où nous connaissons leur mécanisme.

Une expérience de psychothérapie de groupe chez des alcooliques internés, par M. J. OULÈS, M^{lle} D. SAUCET et M. P. LABORDE.

Nous relaterons ici une expérience poursuivie depuis plus d'un an. Il est trop tôt pour fournir des résultats, surtout chiffrés, de la valeur thérapeutique de notre tentative, et nous voulons seulement en exposer les principes et la technique.

Nous admettons tout d'abord la nécessité absolue d'une psychothérapie, considérant que l'internement, la désintoxication, l'ergothérapie, et éventuellement les chimiothérapies de conditionnement, ne peuvent à elles seules, en aucun cas, « guérir » un alcoolique. Nous faisons nôtre à ce propos la formule de Perrin et de Mondragon : « Se contenter de faire naître le désir de ne plus boire est insuffisant, car ce n'est là qu'un élément négatif. » Quand le désir de ne plus boire est acquis au prix d'une aggravation de l'anxiété profonde du sujet et d'une asthénie physique, ce n'est plus un élément négatif, c'est une contrainte extérieure génératrice de catastrophes.

Nous admettons également que l'alcoolisme est un mode de compensation à des contacts sociaux et familiaux defectueux, la stimulation causée par l'alcool faisant temporairement oublier le sentiment d'infériorité et de dépendance. Les contacts sociaux sont eux-mêmes altérés, parce que la personnalité du buveur n'est jamais intacte, et notamment l'hypothèse selon laquelle l'alcoolisme représenterait un mode de régression orale paraît des plus justifiées.

Dès lors nous nous efforçons d'abord d'intégrer l'alcoolique, dès son entrée, dans la société des buveurs à l'hôpital. L'entrant, surtout s'il s'agit d'un délirium tremens, se voit confié à deux ou trois malades ayant récemment terminé leur cure de désintoxication. La guérison de ses troubles mentaux aigus sera un peu leur guérison et ils s'intéresseront désormais les uns aux autres. Tous les entrants d'une période forment ainsi de petites équipes, puis des groupes entretenant des rapports humains authentiques.

La désintoxication terminée, les alcooliques vont participer à un certain nombre de séances de psychothérapie. Celle-ci est confiée à un infirmier particulièrement informé des problèmes de l'alcoolisme, et qui a connu les malades dès leur entrée. En effet, il n'est pas concevable qu'un médecin ayant 500 malades à sa charge entreprenne par lui-même une psychothérapie technique quelconque. L'infirmier fait tout d'abord deux conférences à une vingtaine de malades (15 à 20), puis leur fait remplir un questionnaire. Ce questionnaire comporte vingt-cinq questions. En face de chacune on répond en barrant oui ou non. Nous ne pouvons en donner la liste ici, faute de place.

Ensuite sont créés des groupes de cinq malades et ces groupes se réunissent en principe deux fois par semaine, sous la direction du même infirmier. Nous avons fixé les réunions pour chaque groupe au nombre de huit, les malades sortant habituellement au bout de ce temps. La durée de la séance est de une heure.

L'infirmier ouvre la première séance en expliquant qu'il s'agit pour les malades de parler entre eux, du moment qu'ils s'intéressent les uns les autres, et afin de voir s'ils peuvent s'aider mutuellement en apportant de la lumière à leurs problèmes personnels. Le thème de la première réunion est le problème de la soif, qui nous a paru être toujours le meilleur pour le démarrage. Dès lors l'infirmier intervient le moins possible. Par la suite, après épuisement des thèmes « oraux » les plus importants : soif, boissons, nourriture, bouteille (la valeur symbolique de la « chopine » frappe même un observateur profane), les thèmes s'orientent vers le travail, le métier, l'entourage (amis, famille), le séjour à l'hôpital psychiatrique, enfin la sortie et le retour dans la société.

En cours de séance l'infirmier s'efforce d'intervenir assez peu, mais sa personnalité, bien entendu, n'est pas neutre, et nous l'autorisons à participer à la conversation chaque fois qu'il le juge nécessaire. Le condamner au silence serait faire de lui un juge intolérable. Il ne prend aucune note, mais rédige ensuite un court compte rendu et nous tient informé des réactions de chacun. C'est à travers lui que nous nous faisons une idée de la structure interne des groupes, laquelle varie évidemment. Mais nous évitons autant que possible de les modifier. Au cours de ces commentaires nous essayons également de faire deviner à l'infirmier les notions de réaction d'opposition, de résistance, les tendances exhibitionnistes, les manifestations d'agressivité, les notions de « déviant », de leader, etc... Le tout très prudemment. Nous ne lui permettons pas d'ailleurs de donner des interprétations.

Nous avons l'impression que ces réunions libèrent une assez forte charge affective, d'agressivité d'une part, et de culpabilité. Indépendamment de cette valeur cathartique, les réunions créent des liens assez solides pour se perpétuer après la sortie. Souvent il nous est apparu que des malades revenus nous trouver voulaient surtout avoir des nouvelles de camarades perdus de vue.

Cet essai sans prétention nous a paru cependant assez intéressant pour être cité. Il ne nous est malheureusement pas possible de poursuivre les séances après la sortie, faute de dispositif d'hygiène mentale efficace. Aucun de nos alcooliques sortis qui avaient suivi ces séances n'a été réintégré, malgré le caractère très superficiel de ces psychothérapies.

A propos d'une intoxication massive par le 3277 R. P. au cours d'une tentative de suicide, par MM. J. HAMON, J. PAIRAIRE, ALBERTINI et ROBERT.

Les intoxications aiguës par absorption volontaire d'antihistaminiques ont déjà été étudiées par MM. Griffon, Derobert, Bovet et Lebreton. Leurs travaux ont porté sur l'anatomie pathologique et la physiotoxicologie de ces intoxications. Les premiers produits de synthèse ont été, en effet, à l'origine d'accidents graves et mortels.

Par contre, nous n'avons retrouvé dans la littérature médicale que deux observations relatant les accidents toxiques provoqués par le 3277 R.P. (phénergan). Caruana (1951), cite l'observation d'un enfant de deux ans qui, après absorption par erreur de quelques comprimés, présentait un état d'agitation et des convulsions. Torlais (1952) a présenté une observation dans laquelle les doses minimales absorbées et le traitement immédiat mis en œuvre n'ont pas permis de suivre la symptomatologie.

Nous avons eu récemment l'occasion de suivre un coma consécutif à l'absorption massive de phénergan, nous avons cru pouvoir relater nos constatations.

OBSERVATION. — Mlle B..., âgée de 35 ans, a été hospitalisée d'urgence au Val-de-Grâce, le 17 octobre 1953, à 11 heures du matin, pour « tentative d'empoisonnement ». Elle a été trouvée dans une chambre d'hôtel sans connaissance ; trois tubes de phénergan vides sur sa table de chevet.

À l'entrée, elle est dans le coma, mais ce qui frappe d'emblée, ce sont les contractures myocloniques répétées, prédominant surtout au niveau du cou, en particulier sur le sterno-cléido-mastoïdien. Ces mouvements cloniques atteignent les membres supérieurs, de façon symétrique, et sont moins fréquents aux membres inférieurs, où ils intéressent surtout la partie supérieure des cuisses et les muscles pelvi-trochantériens.

Le visage est normalement coloré, la respiration régulière. Les réflexes cornéens sont conservés, les pupilles indifférentes et en légère mydriase. Il n'existe pas de signes cliniques d'atteinte méningée. Les réflexes ostéotendineux sont vifs. Il n'existe pas de signes pyramidaux irritatifs.

Les troubles sphinctériens sont marqués : la malade présente un gros globe vésical, et malgré une miction par regorgement, le cathétérisme ramène 800 cm³ d'urines de teinte rosée.

L'examen est normal par ailleurs. Le pouls est à 80, la tension artérielle à 13,5/9, la température à 37°8.

Toutes les manœuvres d'exploration clinique déclenchent un redoublement des contractures cloniques.

Un lavage d'estomac est immédiatement pratiqué. Le liquide de lavage, les urines prélevées et du sang sont envoyés au laboratoire de chimie.

La réaction de caractérisation du phénergan est positive dans le liquide gastrique et révèle des doses massives dans les urines. L'azotémie est à 0 gr. 31, la glycémie à 0 gr. 89. La recherche des barbituriques est négative dans tous les prélèvements.

Traitement institué : coramine-caféine, coramine-adénosine-théophylline et sérum glucosé. Même traitement et même état à 14 heures. A 17 heures, les mouvements cloniques ont nettement diminué. Un cathétérisme ramène 900 cm³ d'urine rosée.

Reprise du traitement. La malade sort progressivement de son coma et présente un état confusionnel sans agitation. La nuit est calme. Le lendemain, la malade a recouvré toute sa conscience. Elle précise avoir absorbé soixante comprimés de phénergan douze heures avant son hospitalisation. L'ingestion a rapidement provoqué des céphalées et un important syndrome vertigineux, puis perte de conscience complète.

La malade a été régulièrement suivie les jours suivants ; l'appareil rénal paraît seul avoir été légèrement touché : le jour de l'intoxication, la diurèse a été d'environ 2,500/l. ; elle est tombée à 0,500/l. les deux jours suivants.

Pendant huit jours, on a observé des traces d'albumine, un sédiment abondant avec quelques hématies, pas de cylindres. La formule sanguine n'a montré aucune variation significative. Aucune complication n'a été notée par la suite.

Cette observation nous a suggéré un certain nombre de remarques. La symptomatologie de l'intoxication par le phénergan peut paraître surprenante. Il s'agit d'un produit connu et utilisé en psychiatrie, pour ses propriétés hypnogènes et sédatives. Or, utilisé à des doses massives, il provoque des contractures, toniques-cloniques, des myo-cloniques et, chez l'enfant, des convulsions (Caruana).

D'ailleurs, tous les antihistaminiques de synthèse paraissent présenter un ensemble de symptômes communs, car les contractures ou les phénomènes convulsifs sont signalés dans les observations de Griffon, Derobert et Derobert et Lebreton. Ces mêmes signes neurologiques sont décrits dans des publications étrangères, où l'intoxication est également due à des antihistaminiques appartenant à des séries différentes (benadryl, dramamine, etc...).

Cette action convulsivante est confirmée par l'expérimentation d'Halpern. Des doses élevées provoquent chez le chien une excitation psychomotrice, des convulsions, des crises tétaniformes, qui précèdent une phase dépressive.

Sur le plan clinique, une insomnie « paradoxale » et une sub-excitation ont été observées chez des sujets absorbant de fortes doses de 3277 R.P.

Sur le plan symptomatique, nous avons été frappés par la colora-

tion des urines, qui prennent une teinte rose. D'après les explications qui nous ont été données, il s'agirait de l'oxydation dans l'organisme de la molécule de phénothiazine, qui donne une série de corps colorés en rouge (thionol et leucothionol).

Sur le plan thérapeutique, il n'existe pas de substance antidotique spécifique des antihistaminiques. L'injection d'histamine est à rejeter, car il n'y a pas réversibilité des états pharmacodynamiques. Au contraire, on risque de déclencher les habituels accidents « histaminiques ». Force est donc de recourir à une thérapeutique symptomatique : sérum glucosé, analeptiques cardiovasculaires, cardiotoniques. Dans la phase dépressive terminale, certains excitants pourraient être prescrits, comme la benzédrine.

Le pronostic paraît favorable. Les deux observations antérieures à la nôtre se sont également terminées par la guérison. Au contraire, avec le 2339 ou le 2786 R.P. (antergan et néo-antergan), des intoxications, rapidement mortelles en quelques heures, ont été décrites, avec des doses moins élevées. Les données expérimentales, chez l'animal, confirment ce fait ; la dose léthale de phénergan est bien plus élevée que pour les produits antérieurement utilisés.

Il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur la symptomatologie paradoxale des intoxications massives par un corps largement et utilement employé en psychiatrie.

Notre observation contribue à préciser la simplicité du traitement et la bénignité du pronostic. Le produit est connu du public pour ses propriétés hypnotiques, et son acquisition n'est pas liée aux mêmes règles de prescription que les barbituriques, par exemple. Aussi est-il possible de voir des cas de ce genre se multiplier.

BIBLIOGRAPHIE. — CARUANA, HAMZA, GUILLEB, MINGUET : A propos d'un cas d'intoxication accidentelle par le diméthyl-amino-2-méthyl-1-éthyl-n-phénothiazine (3277 R.P.) chez un enfant de deux ans, Soc. sci. méd. Tunisie, 23 novembre 1951, in *Tunisie médicale*, 1952, 3, p. 283-285. — DEROBERT et LE BRETON : Deux cas nouveaux d'intoxication mortelle par ingestion d'antihistaminiques. Etudes anatomo-pathologique et physio-toxicologique. *Annales de médecine légale*, 1950, p. 237-240. — GRIFFON, DEROBERT, BOVET, LE BRETON : Intoxication par ingestion d'antergan dans un but de suicide. *Annales de médecine légale*, 1945, p. 73-76. — TORLAIS (J.) : Tentative de suicide par le phénergan. *Bulletin Officiel de la Société médicale des praticiens*, 20 novembre 1952, 458, suppl. p. 3-4.

Étude d'une schizophrénie soignée par la méthode des électro-chocs et des comas, par M^{me} M. CAVÉ.

L'observation que nous présentons aujourd'hui n'est pas celle d'une guérison, mais au contraire celle d'un cas de schizophrénie incurable. Notre but est de montrer les ressemblances fondamentales que présente ce cas de schizophrénie incurable avec les cas de schizophrénie au début que nous sommes arrivés à guérir.

Voici cette malade, que nous appellerons Aglaé. Nous l'avons observée en 1946 dans le service de M. Guiraud pendant une huitaine de jours. Agée de 20 ans, soignée depuis deux ans sans succès par les électro-chocs et les comas, elle présentait après chaque série d'insuline une amélioration de peu de durée, suivie malheureusement de rechutes de plus en plus graves. J'avais choisi de l'étudier parce qu'elle me semblait extrêmement curieuse. En effet, M. Guiraud me faisant visiter son service, et la porte d'une nouvelle salle à peine franchie, nous avons été accueillis par une voix claironnante et audacieuse ; une jeune malade, de l'autre bout de la salle, imitait à tue-tête le gloussement de la poule : « Cot, cot, cot ; cot, cot, cot ; codette. » Et tant que dura la visite de la salle, la malade continua à claironner : « Cot, cot, cot ; cot, cot, cot ; codette. »

Nous arrivons enfin devant son lit. Elle a une figure anguleuse et ingrate, une expression comiquement effrontée ; deux maigres nattes pendent le long de ses joues. Notre collègue me la présente et lui parle avec bonté : « Oh, mon petit papa chéri, c'est la première fois que vous prenez la main de votre petite fille, comme vous êtes bon ; mon petit papa, je vous aime », dit la malade, visiblement émue. Elle a parfaitement compris ce qu'a dit son médecin. De son lit s'échappe une terrible odeur d'urine : Aglaé est gâteuse.

Son observation qui m'est communiquée est fort abondante, mais écrite en caractères si hiéroglyphiques que je dois renoncer à la déchiffrer, perdant ainsi le bénéfice de notations vraisemblablement fort intéressantes. J'y lis cependant qu'au moment où sa maladie mentale a éclaté, Aglaé, âgée de 18 ans, préparait la seconde partie de son baccalauréat. Intelligente, douce et soumise, elle dirigeait activement un mouvement d'étudiantes chrétiennes auquel elle consacrait tous ses loisirs. Elle appartient à une famille de catholiques pratiquants dont tous les membres ; père, mère, un frère, sont bien portants. Au début de sa maladie, elle a raconté qu'elle avait été séparée d'un jeune homme, Pierre Demours, avec qui elle était fiancée. Mais il paraît que cette histoire de fiançailles est fautive d'un bout à l'autre et n'a jamais existé que dans son imagination. De nombreux papiers qu'elle a griffonnés se trouvent dans ce dossier. Les pensées en sont décousues et l'écriture, souvent illisible, porte tous les caractères de l'écriture schizophrénique : il y est question de jeunes couples que l'on sépare, de machines infernales installées à Dusseldorf ; on l'accuse aussi d'avoir collaboré et d'être au service de l'Allemagne, etc.

Après avoir pris une rapide connaissance de son dossier, je retourne quelques instants auprès de la malade. Mais je suis bien surprise de la trouver méconnaissable : les mains jointes, le front incliné, l'air d'une vieille dévote à confesse, elle marmonne sans arrêt, d'une voix nasillarde, dans l'attitude du repentir le plus complet : « Je m'accuse d'avoir ruiné la Saintonge et le Poitou. Je m'accuse d'avoir collaboré (ici, une suite de propos incompréhensibles), je m'accuse d'avoir ruiné la France ; Touloni, Toulona, qui me délivrera ? » J'interroge : « Qui habite la Saintonge ? — C'est ma grand'mère. — Et le Poitou ? — C'est mon oncle. — Et pourquoi dis-tu que tu as ruiné ta grand'mère et ton oncle ? — Ils ont dépensé beaucoup d'argent pour me faire soigner, madame ; je les ai ruinés, madame ; j'ai ruiné le Poitou et la Saintonge, et toute la France. Je m'accuse, je m'accuse... », poursuit la malade, égrenant le chapelet de ses culpabilités imaginaires et incompréhensibles. Tel fut mon premier contact avec Aglaé.

Le lendemain, je la trouvai dans un état d'agitation extrême : « Sauvez-

moi, madame, on veut m'empoisonner. Le mot de passe, le mot de passe ! Je ne trouve pas le mot de passe ! Touloni-Toulona, viens me délivrer. — Et pourquoi ne trouves-tu pas le mot de passe ? — On me le transmet, madame, on me l'envoie, mais je ne peux pas arriver à l'entendre, car ils me le brouillent, ils m'envoient d'autres mots pour me tromper et je ne peux pas arriver à le reconnaître. » La pauvre fille, extrêmement dissociée, entend des mots, entend des voix qui partent de tous côtés de sa tête à la fois.

Après l'avoir écoutée un certain temps, je finis par comprendre que le mot de passe doit lui permettre de sortir de l'hôpital où on la retient prisonnière : « Je suis venue pour t'aider, lui dis-je ; à nous deux nous finirons bien par le trouver le mot de passe. » Je la prends dans mes bras, je la console, je l'embrasse, je la mouche.

Alors, à ma grande surprise, une voix forcée, une voix d'homme, ou plutôt, la voix d'une petite fille qui jouerait à l'homme sort d'Aglé : « Je vous aime, madame, Je veux vous épouser, madame. Je suis le soldat-caporal ! Donnez-moi votre main, madame ! Je suis le soldat-caporal ! Nous autres, soldats-caporaux... » Visiblement, Aglaé dit cela pour me faire plaisir, c'est une marque d'affection qu'elle me donne. Sans doute, pense-t-elle que, comme elle-même, j'aimerais bien avoir un soldat-caporal qui me fasse des déclarations d'amour, et elle cherche à m'en donner l'illusion.

« Tu dis qu'on te retient prisonnière, mais qui est-ce qui te garde prisonnière ? Est-ce le Dr G... ? Est-ce qu'il est méchant ? — Mais non, madame, il ne sait pas ce qu'on lui fait faire. Il croit ce qu'on lui dit : il est bon. — Et pourquoi fais-tu la poule quand tu le vois ? » Alors, subitement, d'une voix jeune, claironnante, la même que celle avec quoi elle criait ses joyeux « cot, cot, cot », Aglaé crie, très rapidement : « Je veux vous donner mon c..., Je veux vous donner mon c... » Je suis si abasourdie et la malade a prononcé si rapidement le mot, que je doute avoir bien entendu. « Qu'est-ce que tu as dit ? » Alors Aglaé, de sa voix de sacristie, l'air contrit : « J'ai dit : je veux vous donner mon cœur, madame. » Il me semble si incroyable qu'une malade si gravement atteinte puisse encore mentir que je suis presque disposée à la croire. Et sans doute ma figure reflète-t-elle mes sentiments car, pour que je ne me méprenne pas, Aglaé reprend de sa voix éclatante et effrontée : « Je veux vous donner mon c... ; je veux vous donner mon c... »

Après avoir réfléchi un moment : « Sais-tu, dis-je à la malade, je crois que les voix que tu prends, ça doit correspondre à des tendances que tu as en toi, ça doit correspondre aux désirs de ton âme. » Alors, Aglaé, sans doute pour bien m'expliquer toutes les tendances qu'elle a en elle, tous les désirs de son âme, se met à chanter d'une troisième voix : assurée, forte, pleine d'autorité, une voix de maîtresse-femme : « Je suis Mme Godroit ! Je suis Mme Godroit ! — Qui est Mme Godroit, où Aglaé l'a-t-elle vue ? Que fait son mari ? Où habite-t-il ? » Ces questions ne sont pas du goût de la malade qui, visiblement, ne veut pas y répondre. Après bien des efforts infructueux de ma part, elle finira tout de même par me confier qu'elle doit un jour épouser M. Godroit au ciel, quand sa femme sera morte.

Ce souhait de mariage avec un homme marié — qui ne peut se réaliser que lorsque la conjointe sera morte — fait penser au souhait habituel de la petite fille au moment du complexe d'Œdipe : « Quand maman sera morte, j'épouserai papa. » En effet, Aglaé, comme la petite fille, ne compte nullement au nombre des éventualités possibles que M. Godroit puisse mourir avant Mme Godroit et l'union — sans doute impossible sur la terre — ne

se consommera qu'au ciel... Je soupçonne donc fort Mme Godroit d'être un représentant symbolique de la mère d'Aglaé. Ce qu'il y a de certain en tout cas, c'est que Mme Godroit étant essentiellement pour Aglaé une femme qu'elle a vu son mari embrasser, le « je suis Mme Godroit » témoigne clairement du désir d'être une femme mariée que son mari embrasse. Et pour réaliser son désir, Aglaé, tout comme l'enfant qui se met un canotier sur la tête et s' imagine être Maurice Chevalier, prend le ton, l'allure, la voix assurée de Mme Godroit et s' imagine l'être pendant quelques instants.

Ce recours au monde de l'illusion, cette identification avec un personnage prestigieux, sont déjà observables dans la schizophrénie au début : Hector, cultivant l'illusion d'être un grand séducteur de femmes, s'en va passer la nuit dans une gare, comportement qui lui donne l'illusion d'être un fêtard hors ligne. Aglaé, qui a été insulinée et dont le délire est devenu plus pauvre, se contente de chanter : « Je suis une femme aimée. » *Mais le même désir amoureux habite ces malades et est à la source de leurs symptômes.* Et si nous nous rappelons maintenant que découcher était pour Hector un moyen de reproduire le comportement du père-séducteur de son enfance, auquel il essayait inconsciemment de s'identifier, nous sommes frappés de constater que le « je suis Mme Godroit » d'Aglaé est, dans sa forme même, un processus d'identification. (Constatation qui nous amène à soupçonner que Mme Godroit cache, par analogie, le personnage de la mère, ce que nous avions déjà soupçonné pour un autre motif).

Deux malades aussi différents cliniquement qu'Hector et Aglaé, l'un schizophrène au début, l'autre parvenu à un stade incurable de la maladie, cachent donc le même désir d'être aimés sexuellement sous des comportements extravagants et se servent tous deux du même procédé morbide d'identification pour s'en donner l'illusion.

Le « Je suis le soldat-caporal » est lui aussi un recours au monde de l'illusion : Aglaé, pleine de reconnaissance à mon égard, souhaite me donner ce qu'elle-même désire au-dessus de toute chose : la déclaration d'amour du soldat-caporal ; son identification est l'effet de sa reconnaissance. Le soldat-caporal joue certainement un grand rôle dans sa vie sentimentale et nous nous demandons si le fiancé imaginaire, Pierre Demours, ne serait pas soldat.

Si nous revenons maintenant au « je veux vous donner mon c... » de la malade, nous remarquons qu'il a été dit en réponse à la question : « Pourquoi fais-tu la poule quand le Dr G... entre dans la salle ? » et qu'il a été crié avec la même voix et la même expression de figure que les « cot, cot, cot ». Il en constitue donc l'équivalent. Qu'est-ce en effet qu'une poule dans le langage trivial ? Une poule, c'est une femme qui fait l'amour facilement. Les schizophrènes prennent l'expression au pied-de-la-lettre. C'est ainsi qu'Hector, en proie à l'impulsion à tuer, avait occis plusieurs poules. Il m'expliqua par la suite que ce qui avait déclenché son geste, c'est l'association d'idées : poule et femme-qui-fait-l'amour. Et c'est la femme-qui-fait-l'amour qu'il avait occis en étranglant des poules. Aglaé prend elle aussi le mot poule au pied-de-la-lettre ; ses « cot, cot, cot » veulent dire : « Je suis une poule, je veux faire l'amour. » *Dans les deux cas, il y a confusion entre le symbole et ce qui est symbolisé.*

Ceci dit, nous noterons avec grand intérêt qu'Aglaé appelle son médecin « mon petit papa » et qu'elle dit « votre petite fille ». Le médecin pour elle est donc « un père » et ses « cot, cot, cot » expriment un désir de nature

incestueuse, transféré sur la personne du médecin. Sentiments incestueux qui, nous l'avons expliqué dans nos communications précédentes, sont éminemment caractéristiques de la schizophrénie au début et diffèrent profondément du complexe d'Œdipe du névrosé. Car si le névrosé peut être entravé dans sa vie affective et dans sa vie sociale par la persistance *inconsciente* d'un complexe d'Œdipe et des traumas qui s'y rattachent, cependant, ce qui le gêne, ce sont de *simples souvenirs devenus inconscients* et qui sont en rapport, non pas avec le personnage de la mère actuelle, mais avec celui de la mère-des-jeunes-années. Vis-à-vis de la mère actuelle, le névrosé est libre de tout attachement incestueux. Tel n'est pas le cas des schizophrènes chez qui les sentiments filiaux sont empreints d'une sexualité extrêmement choquante. Sexualité qu'eux-mêmes, cependant, trouvent toute naturelle. Hector et Sébastien étaient des incestueux comme Aglaé.

La manière triviale qu'a cette fille bien élevée et pieuse d'exprimer son désir de l'acte sexuel ressortit à la même *inévolution* affective. L'acte sexuel est pour elle quelque chose d'excitant, de grossier, d'un peu « farce ». C'est là la conception d'un enfant qui aurait vu ses parents se livrer à ce jeu et qui n'aurait pas évolué depuis lors. Acte grossier et excitant, mais aussi acte interdit, puisque immédiatement après ses joyeux « cot, cot, cot », Aglaé se confesse et s'accuse dans l'attitude du repentir le plus profond. (Interdiction qui doit remonter chez elle, comme chez les schizophrènes au début, à un état de hantise sexuelle enfantine, provoquant certains jeux ou certains attouchements longuement et sévèrement combattus par les parents. Situation d'interdiction qui est pour l'enfant si traumatisante que celui-ci n'arrive jamais à s'en dégager, son esprit en restant marqué à jamais). Nous avons déjà insisté sur le mélange de hantise et d'interdiction sexuelle de Magali, Lucile, Hector, Sébastien. Aglaé qui, immédiatement après ses cot, cot, cot, s'accuse d'avoir ruiné le Poitou, la Saintonge et toute la France, qui se repent d'avoir collaboré, témoigne qu'elle est la proie d'un intense sentiment de culpabilité. *Le mélange d'interdiction et de désir caractéristique de la schizophrénie au début existe également chez elle.*

Lors de la troisième entrevue que j'eus avec elle, Aglaé, revêtue de la camisole de force, marmonne à voix basse, très préoccupée de ce qu'elle se raconte à elle-même ; de temps en temps elle s'arrête, cherche, puis recommence. Quelques mots que je saisis au vol me font penser qu'elle a peur d'être empoisonnée. Mais il s'agit surtout de la recherche du mot de passes : « Le mot de passe, le mot de passe, je m'accuse, je m'accuse, il faut dire : je collabore-la sacristie, je collabore-la sacristie. » Toute conversation est impossible, Aglaé ne répondant pas à mes paroles. Toutefois, si ce que je lui dis lui plaît, elle prend sa grosse voix de soldat-caporal : « Je vous aime, madame, donnez-moi votre main, madame. » De temps en temps, l'impulsion aux « cot » se manifeste ; mais, chose curieuse, Aglaé s'arrête « pile », après avoir à peine esquissé le premier « cot ». Si bien que je suis encline à penser que — quelque extraordinaire que la chose puisse paraître — elle a compris l'explication que je lui ai donnée quant à leur signification.

Au bout d'un moment, je veux m'en aller. Mais Aglaé veut écrire et me demande le cahier et le crayon que je tiens à la main.

Le mérite principal de son gribouillage, c'est de nous donner la clef des « je collabore » qu'elle répète sans cesse. Aglaé a en effet écrit : « Je collabore l'institut, je collabore-Pierre Demours ; je collabore-fuyez-la ; je col-

labore-la sacristie. Maman, ce sont tous les mots de passe proposés ce matin au moins. Ces mots de passe sont les mots de passe pour la sortie. Mais comment avoir des habits, maman. Si on approuve Pierre ...ici on trahit Toulona... Car il veut le nom lui aussi, il vous le communique, voilà pour-quoi c'est lui qui vous abandonne car on le veut partout. »

Nous voyons donc que les mots de passe sont des mots par lesquels Aglaé doit s'engager à collaborer avec quelqu'un et qu'il existe pour elle plusieurs possibilités de collaboration : Pierre Demours — le fiancé imaginaire, la sacristie (vraisemblablement un des prêtres qu'elle rencontrait aux « Jeunesses étudiantes chrétiennes », fuyez-la (?), l'Institut (?). Et elle hésite : car si on approuve Pierre, on trahit Toulona..., etc.

Aglaé cherche donc un mot de passe, un mot magique qui fera s'ouvrir pour elle les portes closes de l'hôpital. Séparée de la réalité, elle emploie pour réaliser son désir un processus appartenant au stade magique de la pensée, stade évolutif qui est celui de l'enfant de moins de 7 ans. *Un recours à ce même processus était décelable chez Sébastien, schizophrène au début.* Souvenons-nous en effet qu'il cherchait à réconcilier son père et sa mère en conciliant des arguments à l'intérieur de lui-même et que, comme Aglaé, il croyait à l'efficacité du procédé qu'il employait et y consacrait la majeure partie de son temps. *Découvrir dans son cerveau un mot de passe pour sortir d'un hôpital ou réconcilier des êtres humains en conciliant des arguments dans sa tête sont des processus identiques dans leur essence. Nous constatons encore une fois que les mécanismes morbides de la schizophrénie incurable ne diffèrent pas des mécanismes morbides de la schizophrénie au début.*

Une entrevue avec la mère nous fournira de nouveaux éléments explicatifs sur le psychisme d'Aglaé.

« Le soldat-caporal, m'explique-t-elle, c'est le frère d'Aglaé, âgé d'un an de plus qu'elle, engagé au moment de la libération et devenu caporal. Quant à Pierre Demours, c'est un garçon avec qui elle joua toute son enfance mais qu'elle perdit de vue après sa première communion. Le frère d'Aglaé le retrouva à l'armée engagé dans le même régiment. » A ma question : « Pierre Demours est-il caporal ? », la mère répond qu'elle l'ignore. Elle m'explique encore que les machines infernales installées à Dusseldorf, ce sont les appareils à électro-chocs (explication qui donne à penser que les tentatives d'empoisonnement dont Aglaé se croit victime constituent l'explication des nombreuses piqûres d'insuline qu'elle a subies).

Queique chose cependant m'étonne dans ce qu'a dit la mère : c'est l'explication du soldat-caporal comme étant le frère d'Aglaé. J'ai, pour ma part, beaucoup plus le sentiment qu'il doit s'agir du fiancé imaginaire, soldat comme le frère. Le soldat-caporal dans l'esprit d'Aglaé est en effet essentiellement celui qui fait des déclarations d'amour, celui qui demande en mariage. Ce n'est pas là la conception habituelle d'un frère, mais au contraire celle d'un amoureux. Pourtant le jour suivant, feuilletant à nouveau le dossier d'Aglaé, je trouve une feuille de papier sur laquelle elle a écrit le nom de son frère : Marcel Dérot. « Ton frère s'appelle Marcel ? » Alors Aglaé, de sa grosse voix : « Je vous aime, madame, je veux vous épouser, madame. » D'autres indices cependant inclineront à nouveau par la suite en faveur de Pierre Demours. Si bien que je ne sus jamais, étudiant Aglaé, si le soldat-caporal était le fiancé ou le frère.

Il y aurait encore beaucoup de choses intéressantes à raconter sur cette malade, qui, deux ans après, fut transférée dans un asile de chroniques. Mais l'espace qui nous est réglementairement accordé n'y suffirait pas et nous sommes obligée de clore ici son observation. *Nous la résumerons en disant que nous avons trouvé, chez une schizophrène incurable, la même inévolution affective et logique, les mêmes processus morbides, les mêmes désirs et les mêmes inhibitions fondamentales que ceux que nous avons mis en évidence dans la schizophrénie au début.* Et c'est ce qui nous fait craindre que les malades que nous avons réussi à guérir n'eussent eu, traités par les comas, le même sort lamentable que celle dont nous avons rapporté aujourd'hui l'observation. Nous ne prétendons pas cependant, par ce seul cas, avoir fait une démonstration concluante, et d'autres observations de schizophrènes incurables viendront par la suite renforcer ce que nous avons essayé de montrer aujourd'hui.

Psychose délirante systématique à base d'interprétation chez une fille de 14 ans, par MM. G. HEUYER, S. LEOVICI, H. AZIMA et H. FAURE.

I. ASPECT NOSOGRAPHIQUE. — Parmi les états psychopathiques aigus transitoires, désignés généralement en France sous le terme de « bouffées délirantes », ou, plus largement, de « délires polymorphes des dégénérés », il semble que l'on puisse isoler une certaine variété dans laquelle le délire est systématisé, et d'une relative autonomie.

Dans ces variétés de délires transitoires, on ne trouve ni troubles de la conscience, ni troubles intellectuels, et même, souvent, les troubles psychosensoriels font défaut. C'est sur la constatation de ces formes d'organisation que les auteurs allemands développèrent leur notion de « paranoïa atténuée » (Friedman, 1905), ou « paranoïa abortive » (Gaupp, 1909). Kræpelin lui-même, dans la huitième édition de son *Traité*, accepta cette variété de paranoïa, à la fois aiguë et curable, qui, en France (Seglas, 14^e leçon), avait déjà été opposée aux confusions mentales ; problème toujours actuel et auquel — hors l'étude minutieuse de M. Lacan — Mlle Petit consacra sa thèse en 1937 (*Les délires de persécution curables*).

La structure de ces délires, à base d'interprétation, n'est pas faite pour éclaircir le problème de leur place nosologique : le mécanisme d'interprétation, en effet, n'y apparaît pas comme le « développement » d'une personnalité de constitution paranoïaque, mais plutôt comme un « processus » dans lequel s'engage le sujet de façon inattendue. Aussi ces délires sont-ils rangés, par certains auteurs, dans le cadre opportunément souple des « états oniroïdes sans confusion », à côté d'autres délires passagers, dont la structure est à base d'ima-

gination, ou encore de dépersonnalisation. Bref, la parenté des épisodes délirants à base d'interprétation, avec la paranoïa classique, reste un problème non tranché, et Valence, élève de Sérieux, allait même jusqu'à décrire, en 1927, des « états interprétatifs aigus », en dehors de tout délire d'interprétation.

L'OBSERVATION de Lucile devait plus tard me donner le mot de l'énigme. Nous savons en effet que Gontran, le fiancé imaginaire, était un personnage de chair et d'os comme Pierre Demours ; personnage avec qui Lucile n'avait jamais eu la moindre idylle mais sur qui elle transférait les sentiments sexuels qu'elle éprouvait depuis son enfance à l'égard de son frère. Gontran et le frère étaient pour elle un seul et même personnage. *Il en est de même chez Aglaé, qui est incapable de différencier le frère et l'amoureux imaginaire l'un de l'autre. Et l'expression soldat-caporal est à cet égard bien caractéristique : composée du mot soldat (Pierre demours) et du mot caporal (le frère). Mot composé bien révélateur qui nous indique que les mêmes traumatismes qui ont joué chez Lucile ont vraisemblablement joué chez Aglaé, déterminant chez toutes deux les mêmes arrières-pensées affectives.*

OBSERVATION 2. — Josette, 14 ans.

1. L'ÉPISODE AIGU. — Le début de l'histoire de la malade semble remonter au mois de novembre 1952. A ce moment, la malade fréquentait une école d'apprentissage et il lui fallait faire, tous les matins, un long trajet pour s'y rendre. Dans le métro, elle commença à avoir des céphalées, de plus en plus fréquentes, avec des périodes courtes de troubles visuels : « Je ne voyais plus »... la tête était « embrouillée »... souvent « des taches, comme des bougies », apparaissaient devant ses yeux. Les objets extérieurs ne disparaissaient pas, mais se mélangeaient à ces taches. Ces épisodes duraient quelques minutes, survenaient aussi le soir à la maison.

Du 22 janvier au 8 février, elle tomba malade d'une grippe (ainsi que son frère et sa mère) ; fièvre, céphalées, toux ; sans particularité notable (ultérieurement, après son entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, le liquide céphalo-rachidien s'avéra normal).

9 février 1953. — La malade guérie de sa grippe, retourne à son centre d'apprentissage. Et ce retour en classe coïncide avec son entrée brutale dans le délire : avant de tomber malade (c'est-à-dire avant sa grippe), la jeune fille avait rapporté à la maison une « poignée » en cuir, appartenant à l'atelier de repassage, et servant à manipuler le fer à repasser ; elle désirait que sa mère lui en confectionne une identique, et lui avait apporté ainsi le modèle de l'objet. Comme elle était tombée malade (grippée), avant d'avoir pu rapporter cette poignée à l'école, elle s'était fait de cela quelques soucis, et même avait demandé à sa mère, à maintes reprises, de renvoyer cette poignée à la maîtresse.

Alors qu'elle s'apprêtait à quitter la maison pour gagner l'école, au lendemain, donc, de sa maladie, sa mère lui recommanda : « As-tu au moins pris la poignée pour pouvoir la rendre ? — Oui ! bien sûr !... Je l'ai mise dans mon cartable... »

(Ce jour-là, la malade partit d'ailleurs avec, non seulement un cartable, mais deux cartables, car elle avait aussi divers objets à porter à l'atelier).

« ...Je prends mon métro. Je rencontre ma camarade... — *Tiens ! te voilà revenue !* me dit-elle. *Tiens ! tu as deux cartons aujourd'hui ? Pourquoi ? D'habitude tu n'en as qu'un !* — Je n'en sais rien !... »

A ce moment précis, elle a le sentiment que l'autre la regarde d'un œil particulier, et dit « qu'elle doit être un peu folle » : « Mais, Josette, ça y est, t'es complètement folle... » aurait-elle entendu dire...

A partir de ce moment-là, et plus encore en arrivant à l'école, elle eut l'impression que les autres camarades étaient intéressées par le contenu de son cartable, qui *renfermait* la poignée... Le professeur lui-même « se mettait derrière elle pour regarder dans le carton »... « On voulait fouiller dans le carton »... « Comment cela se fait-il donc qu'ils avaient tous l'attention attirée sur mon carton ? »

...Anxieuse, elle ne rend pas la poignée.

En sortant de l'école, son inquiétude augmente quand elle constate que des gens la regardent et scrutent aussi comme à travers son carton : au comble de l'angoisse, et pour mieux « cacher » l'objet qui était à l'origine de cet état, comme elle était porteuse de deux cartables et que l'un était vide, elle met le plus petit (qui contenait la poignée) dans le grand...

Dans le métro, « deux jeunes hommes habillés tous deux de même, en bleu, avec col relevé », la regardent... ils riaient... faisaient des signes la concernant...

A la sortie du métro, elle constate que sa camarade échangeait des coups d'œil avec un jeune homme en bleu marine ; « chaque fois je voyais qu'ils se regardaient », « c'était sûrement la même chose que dans la classe »...

D'autres jeunes hommes sont croisés... Ils ont tous « le col relevé ». Elle voit un homme « qui faisait un signe de tête aux gens qui venaient derrière nous... ».

« J'ai eu peur... je ne savais pas ce que j'allais faire... »

Puis, elle rencontre des policiers inquiétants, « qui regardaient l'heure »... Un homme « qui fait signe au contrôleur d'autobus »... etc...

Elle arrive chez elle dans un état de panique extraordinaire.

Angoisse et peur intense à la maison. Refus d'aller à nouveau à l'école ; se ferme dans sa chambre. « Il y avait des bruits dans la maison », « les agents de police qui déplaçaient les chaises »... « Maman n'entendait rien... Elle avait « l'impression que tous les bruits se ressemblaient »... De sa fenêtre, elle remarque que « la femme d'en face faisait des signes »... crises de pleurs fréquentes...

En résumé, fille de 14 ans qui, depuis octobre 1952, était sujette à de courtes périodes de troubles visuels, associés à des céphalées. Grippe avec fièvre et céphalées au mois de janvier 1953. Développement subit d'un délire d'interprétation et de persécution relativement bien systématisé : « on la regarde »... Les gens s'intéressent à un fait banal de sa vie d'écolière.

Les préoccupations majeures consistent en des idées de menace, peur d'être poursuivie..., d'« avoir fait quelque chose »... ; elle se croit d'abord l'objet de surveillance d'un professeur et de ses camarades de classe qui voulaient, par des « méthodes », des « machinations », « fouiller » dans son carton, surtout *pour voir la poignée à repasser*.

Puis le thème de la poignée devient un événement avec proportions considérables : des policiers, des jeunes hommes habillés en bleu et à col relevé, appartenant eux aussi à la police, y sont impliqués.

Absence de phénomène d'influence. Personne n'agit sur sa pensée. Absence de phénomènes psycho-sensoriels.

2. EVOLUTION ET RÉGRESSION. — 1^{er}-10 mars : Aux premiers jours de son entrée à l'hôpital, l'angoisse persiste et teinte tout le comportement de la malade. « Tout le monde lui en veut » ; elle entend « des craquements du plancher », « ça doit être quelqu'un qui passe » ; elle perçoit des bruits de klaxons : « comme si des gens venaient me prendre »...

On note un enchaînement précis des idées et des sentiments, qui convergent tous vers une systématisation anxieuse.

12-17 mars : La malade, orientée sur le thème de son activité aux éclaireuses, raconte spontanément l'anecdote suivante : « Au début de 1952, elle avait rejoint ses camarades pour faire une « sortie ». La cheftaine étant absente, le petit groupe décide de partir seul, et la malade prend le rôle de cheftaine. Dans le métro, elles se trouvent seules dans un compartiment avec un individu qui se livre à des manifestations exhibitionnistes : homme de 35 à 40 ans, écartant son manteau, et montrant son organe en érection. Notre jeune malade ressentit une peur intense, arriva à ouvrir la porte du métro avant qu'il ne soit complètement arrêté, et sauta sur le quai ; son sac s'accrocha à la portière : chute, égratignures, etc... »

L'épisode fut vécu avec sentiment de culpabilité intense par le petit groupe d'éclaireuses, parties sans leur cheftaine ; particulièrement par notre malade, qui avait assumé le rôle de cheftaine ; et les jeunes filles décidèrent de ne parler à personne de l'événement.

A noter que deux à trois ans auparavant (la malade avait alors 10 à 11 ans), un homme âgé de son quartier, qui passait souvent à vélo devant chez elle, s'était livré à maintes reprises à des manifestations exhibitionnistes.

La malade exprime elle-même que, depuis l'événement du métro, lorsqu'elle rencontre un homme qui ressemble à l'exhibitionniste, elle ressent un véritable état de panique.

Il est à remarquer que, dans son délire, tous les interventionnistes sont des hommes, et particulièrement des jeunes hommes à col relevé.

17-30 mars : Diminution progressive de l'angoisse en même temps que de la loquacité.

Les dessins libres restent significatifs des préoccupations qui ont jalonné l'épisode aigu de son délire : priée de dessiner, elle trace à plusieurs, d'abord la *poignée* (l'objet sur lequel s'est cristallisé son angoisse) ; et le *cartable*, où elle avait caché la poignée.

1^{er}-6 avril : L'anxiété diminue de plus en plus. A la suggestion de l'observateur, elle admet que peut-être il y aurait une relation entre les deux épisodes : celui du métro, et son angoisse de la poignée.

« Peut-être si je n'avais pas été au bois la première fois avec les éclaireuses »... elle reconnaît la banalité de la poignée ; et, quand l'observateur suggère que peut-être cet objet signifie « autre chose » qu'une simple poignée, elle répond : « Oui... oui... peut-être... en partie peut-être... »

7 avril : Sa famille, sur la demande du médecin, a apporté la fameuse « poignée ». C'est un demi-cylindre de cuir, flexible, de 12 cm. de long environ, de 5 cm. d'épaisseur. La malade, mise en présence de l'objet, se lance à nouveau dans le récit de son délire interprétatif ; poussée par l'observateur, qui lui demande quelle pouvait être la raison pour laquelle tous ces jeunes gens habillés en bleu et à col relevé semblaient lui faire des signes, elle dit :

« Ils voulaient flirter avec moi », « comme pour faire... l'amour » (le mot « amour », suggéré par l'observateur, est immédiatement accepté).

8-14 avril : La malade reconnaît que sa peur n'était que la peur « d'être abordée par des hommes ». Elle accepte volontiers que l'angoisse de l'épisode délirant soit la même que l'angoisse qu'elle a ressentie dans le métro lors du moment où elle s'est trouvée devant « l'organe » : « comme si ça m'avait poursuivie », dit-elle.

Progressivement, l'anxiété disparaît complètement.

14 avril : L'observateur suggère qu'il y a ressemblance entre la poignée de cuir et l'« organe » dont elle a eu tellement peur. Sans étonnement, la malade accepte l'interprétation. Elle dit que l'épisode délirant lui apparaît maintenant « comme si cela avait été vécu en rêve » ; et ses paroxysmes d'angoisse lui sont devenus compréhensibles.

En résumé, la liquidation de l'anxiété et la critique des phénomènes interprétatifs ont marché de pair avec la compréhension du délire ; et l'on ne peut pas ne pas être frappé par cette concomitance, qui amène la malade à la guérison.

II. DISCUSSION. — Ce cas présente quelques aspects qui sont, nous semble-t-il, d'un intérêt particulier.

1° *Au point de vue clinique.* — L'ensemble de la symptomatologie constitue le tableau d'un épisode psychopathique aigu, dans lequel le thème de persécution et la structure interprétative apparaissent avec une pureté presque absolue. En effet, on ne constate aucun phénomène psychosensoriel, pas plus qu'aucun trouble de la conscience. Le malade, sous la pulsion d'une anxiété dont l'analyse nous a montré la finalité et la signification, n'a fait qu'interpréter ses perceptions réelles, et ce mécanisme interprétatif sous-tend toute la trame des idées délirantes qui, quoique pauvres dans leur dramatisation scénique et historique, n'en sont pas moins systématisées.

2° *Au point de vue étiopathogénique.* — On note quatre éléments qui ont contribué à l'éclosion du délire :

a) *Le fond caractériel* : ce fond caractériel consiste dans une impressionnabilité, une sensibilité vulnérable, une timidité qui renforce une suggestibilité se marquant sur le plan moteur dans l'épreuve d'anticipation et continuation des mouvements passifs. On note en outre une intelligence à la limite de la normale (quotient intellectuel : 76). Cette médiocrité intellectuelle, allant de pair avec une certaine pauvreté de l'imagination, et nous renvoyant, sinon à la notion de dégénérescence, au moins à la constatation d'un terrain spécial, facile à déséquilibrer, sur lequel le délire a pu se développer d'emblée avec ses caractéristiques propres.

En plus, cette enfant, timide, impressionnable et sensible, n'avait jamais discuté, envisagé, ou rencontré un événement sexuel, lorsque, d'une manière inattendue, elle vint au contact de cet événement.

b) *L'événement vécu* : cet événement se limite à deux épisodes, survenus à deux ans d'intervalle : alors qu'elle avait 11 et 13 ans, deux

individus se sont livrés devant elle à l'exhibitionnisme. Le premier épisode était plus bénin, en ce sens que l'homme, déjà vieux, passait dans la rue et montrait un phallus sans érection. Le deuxième épisode, par contre, a entraîné une réaction extrêmement vive, intensément vécue, devant un homme, relativement jeune, avec un phallus en érection, et dans un endroit fermé. Bref, une situation vitale semblable à celle que Bleuler, dans son analyse de la paranoïa, et s'opposant en cela à Sérieux et Capgras, considérait comme fondamentale. « Le malade est en effet, dit-il (cité par M. Lacan), impliqué dans une situation vitale (sexuelle, professionnelle), qui dépasse ses moyens d'y faire face et qui trouble son affectivité de façon profonde très fréquemment en l'humiliant sur le plan éthique. » (Une opinion parallèle est d'ailleurs soutenue par Kretchmer, en ce qui concerne le déclenchement des paranoïas transitoires). Bref, pour revenir à notre malade, il semble qu'elle fut d'autant plus humiliée que, inconsciemment, comme l'analyse nous le montra, il y avait en elle une intentionnalité positive envers cet organe, le phallus : objet qui dans le délire apparut ensuite comme le point convergent de tous les sentiments et idées de la malade.

Mais au moment où se produisit ce bouleversement affectif, et la rencontre avec « l'objet d'inquiétude », l'enfant n'entre pas dans le délire. Elle chasse cet événement du champ de son attention, et même ne le dit pas à sa mère, « pour ne pas la troubler ». C'est seulement après un an qu'un autre événement, cette fois somatique, intervient comme mécanisme déclenchant ; exactement comme si le « travail délirant préparatoire » s'était poursuivi inconsciemment jusqu'au moment où une altération organique du cerveau vint, pour ainsi dire, briser une résistance substantiellement retenue jusqu'alors.

c) *L'événement somatique* : un épisode grippal, fébrile, en apparence léger, qui dura pendant vingt jours. On doit noter que cet ébranlement somatique, en tant que tel, n'était pas suffisant, semble-t-il, pour occasionner la psychose, puisque tout au long de la maladie la malade ne montra aucune perturbation psychique. Par ailleurs, une ponction lombaire élimina toute éventualité d'atteinte encéphalitique. Ce fut seulement après la guérison, et par suite d'un autre événement symboliquement vécu, que le monde du délire s'ouvrit à la malade.

d) *L'objet* : l'objet déterminant consista en une poignée de cuir qui, par son aspect et sa forme, ressemblait presque formellement à cet organe, qui avait déjà provoqué de telles angoisses et de telles perplexités.

Cette poignée, objet banal, avait été empruntée, n'avait pas été rendue à temps, et, pendant tout l'épisode grippal, avait occupé l'esprit de l'enfant. Au moment même de rendre cet objet, un mot d'étonnement d'une camarade fit plonger d'un coup la malade dans une réalité délirante, pleine d'anxiété, ressentie intensément sous le

registre de la culpabilité. Comment ne pas être frappé par cette cristallisation soudaine, et cet investissement délirant quasi-instantané d'un objet ? Et c'est justement là un des points sur lequel notre analyse désire attirer l'attention : sur l'intérêt qu'il y a parfois à tenter l'investigation du trouble d'un malade en considérant tel ou tel objet anodin qui participe à son délire.

Dans le cas présent, l'analyse montra que, après cet incident, tous les événements interprétatifs comportèrent une valeur définitivement phallique, et même les rares dessins de la malade ne contenaient que cela : casquette, bâton d'agent de police, manteaux à cols relevés, drapeau...

3° *Au point de vue thérapeutique.* — Une psychothérapie brève eut pour résultat la compréhension totale de l'épisode délirant par rapport à l'histoire personnelle de la malade, et à ses tendances. Certes, comme ces variétés de bouffées délirantes sont par nature transitoires, il est difficile d'attribuer formellement à la psychothérapie un rôle curatif ; cependant il est un fait que la compréhension de son état, à laquelle fut amenée la malade, coïncida strictement avec la disparition de l'anxiété et de tous les phénomènes interprétatifs.

Insistons encore sur le fait que la compréhension du cas fut permise, non seulement à la malade elle-même, mais aux médecins d'abord, grâce à la polarisation du délire sur un objet parfaitement anodin : une simple poignée en cuir...

DISCUSSION

M. E. MINKOWSKI. — En raison de la durée de l'accès, de sa pathogénie et de son aspect clinique, le diagnostic « psychose délirante systématique » semble appeler quelques réserves.

Asystolie et psychoses,

par MM. J. ALLIEZ, M. AUDIER et G. RUF (1).

Si la question de la « folie cardiaque » a préoccupé au plus haut point les pionniers de la psychiatrie clinique, les publications concernant de tels aspects sont maintenant très clairessemées. Bachet y consacrait cependant une mise au point récente, et Maugé (2) faisait une étude critique des cas publiés à l'occasion d'une observation personnelle. Il résulte de ces travaux que les cas authentiques de « psychose cardiaque » sont exceptionnels et que ce terme recouvre une grande variété de conditions étiologiques. Des formes cliniques particulières seront constituées par les incidences d'un rhumatisme articulaire évolutif, l'association de troubles thyroïdiens, d'artério-sclérose cérébrale, de facteurs rénaux, les formes mentales de l'infarctus du myo-

(1) Travail de la clinique des maladies nerveuses de la Faculté de médecine de Marseille (Dir.-Prof. : Y. POURSIDES).

(2) Thèse, Toulouse, 1951.

carde. Nous considérerons comme vraiment légitimes les rares observations dans lesquelles la liaison clinique entre l'asystolie et l'état mental est cliniquement établie, en insistant sur l'originalité évolutive de quatre cas personnels. Les troubles cardiaques survenant secondairement chez les aliénés n'entrent pas dans notre étude.

OBSERVATION 1 (n° 17.068). — *Asystolie chez une mitrale ; évolution concomitante d'une mélancolie avec interprétation délirante initiale de l'ascite, entretenue par l'onirisme nocturne ; guérison en un an.* — La dame Ni... Séraphine, âgée de 58 ans, est amenée dans le service du professeur Roger le 18 octobre 1949. Pas d'antécédents héréditaires mentaux. Un enfant en bonne santé, le père étant mort à la guerre de 1914, alors qu'elle en était enceinte ; elle en avait été affectée mais n'avait pas fait de troubles mentaux. Un épisode mélancolique était survenu à l'âge de 38 ans, avec internement de trois mois à l'asile de la Timone. Une cardiopathie mitrale est connue et traitée depuis une quinzaine d'années avant l'épisode actuel (ouabaine, digitaline, caréné). Des signes de décompensation surviennent quatre mois avant l'entrée à l'hôpital, avec œdèmes, ascite, gros foie. La malade est très préoccupée de son état et son humeur s'assombrit progressivement.

Un mois après la réapparition des symptômes asystoliques, des troubles mentaux plus précis se manifestent. La malade rapporte ses malheurs à son ascite : « Le diable est dans mon ventre. » Un matin, elle décide brusquement d'expier ses fautes et ses péchés, prétextant avoir « le diable dans le corps » ; elle refuse alors toute nourriture et tout médicament, n'exprimant que des idées monotones à thème mélancolique : indignité, auto-accusation ; elle refuse d'être embrassée par son fils, se montre très anxieuse au sujet de celui-ci et de sa femme, redoutant qu'ils soient enlevés « à cause de ses péchés ». A mesure que l'asystolie progresse, surviennent des manifestations oniriques ; celles-ci apparaissent quinze jours avant l'entrée et devaient persister près de dix mois ; elle voit du feu, des animaux terrifiants, des diables qui lui donnent l'ordre de sortir dans la rue. L'examen neurologique est normal.

Au point de vue cardio-vasculaire, on note un souffle asystolique mitral avec hépatomégalie douloureuse, rate percutable, ascite et œdèmes d'intensité moyenne. La tension artérielle atteint 18-10 ; azotémie, 0,39. La malade devait rester dans le même état pendant de longs mois.

Œdèmes et ascite persistent malgré des traitements discontinus, toujours mal acceptés ; l'immobilisation est difficilement obtenue, le refus d'alimentation n'est jamais total. La malade se fige dans une attitude réticente et rancunière, obstinément maintenue, les doléances très monotones portant de moins en moins sur les thèmes hypocondriaques et mélancoliques ; l'onirisme nocturne persiste le plus longtemps.

Le 6 juin 1950, les œdèmes ne sont plus que péri-malléolaires, l'ascite se résorbe et devait disparaître complètement au début de juillet. Les propos exprimés sont rares, de mauvaise grâce ; il est surtout question de manifestations oniriques avec relations d'incendie, de scènes terrifiantes relatives à son fils, cependant de mieux en mieux critiquées. La tension artérielle atteint 16-8.

L'amélioration parallèle de l'état cardiaque et mental se précise dans la deuxième quinzaine de juillet et la sortie devient définitive le 1^{er} août 1950.

OBSERVATION 2 (n° 15.485). — *Mitralite rhumatismale en hyposystolie. Hallucinations auditives et idées délirantes de persécution concomitantes.* — Mme Sp... Antoinette est âgée de 44 ans lors de son admission, le 30 mai 1950, dans le service du professeur Roger, pour tentative de suicide. Elle a toujours eu un caractère anxieux, son enfance a été malheureuse. Elle a présenté en 1949 une maladie de Bouillaud traitée par le salicylate intra-veineux ; l'atteinte cardiaque aurait été constatée à ce moment-là, mais les troubles fonctionnels avaient cessé. D'après son mari, l'état actuel date du début de mai 1950 ; il est noté une dyspnée d'effort et de décubitus, une hémoptysie, de l'œdème des membres inférieurs ; la malade commence à entendre des voix ; celles-ci sont plus intenses depuis une dizaine de jours, elle voulait s'en plaindre au commissaire de police. Le caractère s'est modifié, elle est devenue très anxieuse et irritable depuis que sa fille avait été hospitalisée récemment à Sisteron ; elle exprime des idées de persécution et se taillade le poignet peu avant son admission. Ne s'occupant plus de son enfant, elle le confie à son frère sans en donner de raisons.

L'examen neurologique est normal mais l'exploration cardio-vasculaire décèle un souffle systolique de la pointe et une tension artérielle à 12 1/2-8. L'état s'aggrave brusquement le lendemain de l'entrée ; douleur angineuse avec pâleur, dyspnée, souffle systolique et écharpe. Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord costal, la rate est percutable ; langue saburrale, pouls : 90 ; azotémie : 0,30 ; urines : rien à signaler ; globules rouges : 3.440.000 ; globules blancs : 5.600 ; formule normale ; vitesse de sédimentation : ind. m. 9. Traitement : salicylate et inophylline.

Une radioscopie montre un bord gauche du cœur très déformé, à la fois par bombement de l'arc moyen et par augmentation nette du ventricule gauche ; l'oreillette droite déborde nettement ; les ombres hilaires sont floues. En O A D et O A G l'oreillette gauche comble le médiastin postérieur et, après barytage de l'œsophage, déborde nettement sur le rachis.

Le 8 juin, l'état dyspnéique persiste ; on met en évidence à l'auscultation un souffle systolique de pointe irradiant largement dans l'aisselle, avec doublement du deuxième bruit ; on note un hippocratisme digital.

L'état cardiaque ni les troubles délirants ne s'améliorent. Le 6 juillet 1950, la malade reste très hallucinée : « Je suis toute brûlée par les médicaments, on m'empoisonne la nuit ; je ne puis plus avaler, j'ai l'estomac tout brûlé, j'entends qu'on me dit que je suis une femme légère, on me parle de politique... » Elle désigne ses persécuteurs. Un certificat d'internement est rédigé. L'état cardiaque s'améliore légèrement tandis que le délire est moins nettement exprimé. La réticence masque cependant des idées d'empoisonnement, avec refus d'aliments et de médicaments. Après un court séjour à l'hôpital de la Conception, la malade doit être réinternée le 23 septembre 1950, confuse et délirante : « J'avais du pus dans le sang, ne me faites pas de mal. » Discrèt mouvement fébrile avec albuminurie à 3 gr. 20 coïncidant avec la confusion. Hémogramme normal, bacilloscopie des crachats négative. Décès le 24 décembre 1950 en asystolie.

OBSERVATION 3 (n° 19.113), résumée (1). — *Insuffisance cardiaque grave chez une hyperthyroïdienne, mélancolie délirante et hallucinatoire avec évolution parallèle et favorable des troubles cardiaques et mentaux.* — Evolution en

(1) Texte « in extenso » in *Provence médicale*, juin 1952.

plusieurs phases. Chez une femme de 47 ans, après une unique grossesse survenue au cours d'un mariage tardif et malheureux précédant la ménopause, apparition de troubles thyroïdiens avec élévation du métabolisme de base rapidement au second plan et compliqués d'insuffisance cardiaque. Ruminations mentales de type mélancolique avec tentative de suicide. Elaboration en six mois d'un délire hypocondriaque avec hallucinations cénesthésiques très développées à type d'idées de possession par des insectes variés. Aggravation de l'asystolie avec œdèmes étendus et apparition d'idées délirantes d'indignité et de persécution à base surtout hallucinatoire auditive avec tentatives de suicide répétées. Tous les traitements avaient été inactifs quand un peu plus d'un an après le début des troubles, œdèmes et signes de décompensation cardiaque cèdent à l'ouabaine intraveineuse tandis que les voix se raréfient et que le délire s'estompe pour disparaître en quelques semaines avec le rétablissement de l'état circulatoire.

OBSERVATION 4. — Endocardite mitro-aortique avec insuffisance cardiaque progressive. Accès maniaque coïncidant avec l'asystolie terminale. — Mme Du... Marie-Louise, âgée de 40 ans, entre le 1^{er}-12-1949 en maison de santé pour un état maniaque intense associé à une cardiopathie évolutive.

Cette malade a présenté à l'âge de 8 ans une maladie de Bouillaud traitée par le salicylate et, par la suite, plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu. Vers 15 ans, elle a été soignée pour chorée rhumatismale.

Depuis, l'atteinte cardiaque a progressé et consistait en une endocardite mitro-aortique (maladie mitrale et insuffisance aortique). De 1946 à 1949, la malade est devenue asystolique (fibrillation auriculaire, gros foie, ascite, œdèmes). Après plusieurs poussées rhumatismales de plus en plus graves, accompagnées d'albuminurie, la malade a présenté au début de 1949 un état maniaque, qui paraît avoir été amélioré momentanément par des douches carbogazeuses.

A son entrée en maison de santé, la malade se présente très maniaque ; elle chante, crie, se montre très érotique, la logorrhée est continue.

L'asystolie persiste avec albuminurie (0,20 à 0,40 par litre), sans fièvre. Repos et sommeil sont impossibles à obtenir.

En janvier 1950, un abcès de fixation amène une courte amélioration, mais il se produit bientôt une nouvelle aggravation ; la malade est très agitée, va, vient sans cesse, malgré sa dyspnée ; les œdèmes deviennent énormes. L'ouabaine intraveineuse amène une débâcle urinaire. La malade paraît plus calme mais l'élément maniaque persiste.

En février 1950, l'azotémie reste normale (0,40) mais l'œdème atteint la face, l'ascite est importante, la cyanose marquée ; la malade redevient agitée, hurlant et chantant à tue-tête. A la fin du mois de février 1950, une amélioration des troubles cardiaques coïncide avec une sédation des troubles mentaux mais elle est de courte durée ; quelques jours plus tard, l'asystolie se fait plus manifeste, un onirisme nocturne s'associe à l'agitation maniaque avec fausses reconnaissances et interprétations malveillantes ; la malade reste bruyante et devient de plus en plus hostile, très difficile à traiter ; la cédilanide intraveineuse amène une amélioration de l'insuffisance cardiaque avec débâcle urinaire, disparition de la cyanose, fonte relative des œdèmes ; la malade est encore hostile mais moins agitée. L'albuminurie reste néanmoins à 4 gr. 50. En mars, elle est cependant très maniaque à nouveau : elle lacère literie et vêtements, se montre déchaînée, chante sans cesse ;

l'albuminurie tombe à 0,46 avec azotémie à 0,32, mais les signes d'asystolie s'aggravent avec œdèmes très étendus, dyspnée extrême, cyanose, et la malade est emmenée mourante chez elle le 11 avril 1950.

Nous croyons que, malgré les critères cliniques que nous nous sommes imposés, l'interprétation du rôle étiologique exact de l'asystolie dans ces cas reste délicate à établir.

Dans l'observation 1, le parallélisme entre l'évolution de l'état mental et celle des manifestations d'insuffisance cardiaque a été suffisamment net. Mais il faut remarquer que la malade avait fait déjà un épisode mélancolique analogue vingt ans auparavant, dans de toutes autres circonstances. On retiendra dans l'accès récent l'importance de l'onirisme nocturne qui alimentait le délire.

La deuxième observation se rapproche de la précédente. On y remarque l'intrication des symptômes cardiaques et de l'activité délirante, mais il s'agit d'une malade persécutée et hallucinée, la note mélancolique étant moins nette. L'installation du délire a suivi de près l'apparition des signes de décompensation, avec évolution corrélative et grave des deux états.

L'observation 3 voit un délire riche, sous-tendu, par des hallucinations diverses ; toute l'évolution, surtout vers la fin, a été intimement liée à celle de l'asystolie. Mais on notera que la ménopause était récente et que celle-ci succédait à une grossesse tardive, survenue dans des conditions psychologiques particulières. De plus, l'hyperthyroïdie, elle-même liée à l'insuffisance ovarienne, avait été notée initialement. C'est le parallélisme frappant de la régression des deux ordres de symptômes, mentaux et asystoliques, qui nous a cependant semblé en être la particularité la plus nette.

Dans le dernier cas, les conditions étiologiques restent également complexes. L'absence de fièvre élimine le rhumatisme cardiaque évolutif ; on notera cependant que l'état rénal n'était pas indemne, quoique l'azotémie ait été normale ; on peut considérer aussi qu'il y a eu coïncidence entre manifestations maniaques particulièrement intenses et asystolie, les périodes antérieures d'excitation et de décompensation n'ayant pas eu la même correspondance. Les premiers signes d'excitation maniaque se sont cependant intriqués avec l'installation du fléchissement cardiaque et, à mesure que l'affection évoluait, on assistait à l'aggravation concomitante des deux états, par une sorte d'interaction réciproque, les thérapeutiques fondamentales ne pouvant être mises en œuvre, qu'il s'agisse du repos ou des méthodes de choc.

La pathogénie de ces états psychotiques survenant chez les asystoliques est complexe et, même quand le trouble en cause est exclusivement circulatoire, il ne semble pas qu'il soit suffisant pour être à lui seul à l'origine de l'accès. La notion de terrain reste importante dans nos observations, de même que celle des facteurs de fléchisse-

ment mental associés, et nos cas illustreraient plutôt la fréquence des polyétiologies dans le déterminisme de psychoses diverses, avec prédominance, suivant telle ou telle condition, d'un élément déclenchant « actuel ».

Disparition de phénomènes obsessionnels graves après « autolobotomie » chez un grand déséquilibré, par M. G. DAUMÉZON, M^{lles} J. COR et L. MOOR.

Il nous paraît intéressant de rapporter une nouvelle observation d'amélioration des troubles mentaux, après une lésion cérébrale.

Les éléments essentiels étant : 1° une structure obsessionnelle, se manifestant par un fétichisme qui est ici supprimé par une lésion cérébrale ; 2° un examen psychologique assez complet montre un état résiduel dans lequel il ne semble pas entrer de détérioration notable et où la structure obsessionnelle a totalement disparu.

OBSERVATION. — Le malade J... Jean, âgé de 51 ans, est entré à l'admission le 9 novembre 1953. C'est « un grand déséquilibré au long passé de déchéance névrotique », déjà placé à l'occasion de manifestations fétichistes. Celles-ci ont disparu depuis l'exérèse d'un hématome sous-dural préfrontal gauche, traumatique.

Père décédé en 1940 d'affection cardiaque ; sujet nerveux, taciturne, alcoolique, brutal. Mère décrite par son fils « irritable, autoritaire, accaparante, d'une économie sordide ». Elle est actuellement âgée de 74 ans. Un frère abandonné dès la naissance. Un oncle paternel éthylique, une cousine germaine internée (arriérée et difforme).

Né d'une union illégitime, Jean est placé en nourrice dès sa naissance. Il se développe normalement, conserve un assez bon souvenir de sa mère nourricière, mais conte que vers l'âge de 6 ans, un valet de ferme et une sœur nourricière de 15 ans l'initient à la masturbation réciproque.

Il est repris par ses parents à l'âge de 7 ans 1/2. Il commence seulement alors à fréquenter l'école. Enfant studieux et intelligent, il obtint son certificat d'études primaires à 12 ans, puis pendant trois ans, il apprend l'imprimerie dans une école professionnelle, ce qui ne l'empêche pas de poursuivre parallèlement des études, qui lui valent l'acquisition rapide du brevet élémentaire.

Il travaille alors dans diverses imprimeries, où il progresse au point de devenir contremaître, peu avant son service militaire.

Malgré ses succès scolaires et professionnels, Jean n'est pas heureux. Ses parents ne s'entendent pas, ne lui prodiguent aucune tendresse — sa mère s'oppose à sa première communion, ce dont il souffre. Abandonné à une solitude qui lui pèse, il devient rêveur et timide.

Au moment de la puberté, Jean présente des malaises fréquents de type syncopal, mais surtout la puberté est marquée par l'écllosion d'un certain nombre de manifestations obsessionnelles : éreutophobie intense, préoccupations sexuelles qu'il rumine en silence. Il retrouve la masturbation, à

laquelle il s'adonne de plus en plus souvent, au point de ressentir un « enchantement ». Il est alors convaincu d'avoir une maladie vénérienne ; toilettes locales répétées, désinfectants divers. La syphilophobie, par la suite, s'aggrave encore.

Vers 16 ans, il fait la connaissance d'une jeune fille pour qui il semble avoir une attirance purement platonique, mais rompt dès que celle-ci désire transposer leurs relations sur le plan physique. Par la suite, échecs réitérés de plusieurs tentatives de rapports sexuels avec des prostituées. Il se sent de plus en plus ridicule et se contente de la seule masturbation.

Fétichisme pour les gants de cuir : il se plaît à les tripoter, ressent une satisfaction intense quand il lui arrive d'en trouver sur la voie publique, mais n'en vole guère qu'une ou deux paires.

Par ailleurs, c'est un adolescent scrupuleux, ayant peur de ne pas réussir, doutant de lui-même, méthodique et méticuleux. Il s'interdit toute pratique religieuse, du seul fait qu'il n'a pas fait sa première communion. Quoique timide, il recherche la compagnie d'autres adolescents. Il pratique les sports et les jeux de plein air. La musique, la lecture, le théâtre (où il parvient à jouer quelques petits rôles d'amateurs), paraissent être ses plaisirs favoris.

Au retour d'un service militaire sans histoire, s'ouvre une période d'extrême instabilité professionnelle, source de déchéance sociale et névrotique progressive et de conflits familiaux réitérés. Tour à tour, représentant, patron dans différentes entreprises commerciales généralement vouées à la faillite, employé d'écritures, chef d'entrepôt, employé à Henri-Rousselle, au rapatriement des prisonniers, sans compter les périodes intercalaires de désœuvrement, les quelques activités anti-allemandes qui l'obligent à se mettre à l'abri à la campagne pendant trois ans (1941-1944), une grave fracture de jambe qui le rend impotent pendant plus d'un an et demi, Jean se raccroche comme il peut au foyer familial, mais les disputes y sont fréquentes. Il fait plusieurs fugues, commence à boire, devient irritable, présente des épisodes dépressifs dont certains sont accompagnés de tentatives de suicide.

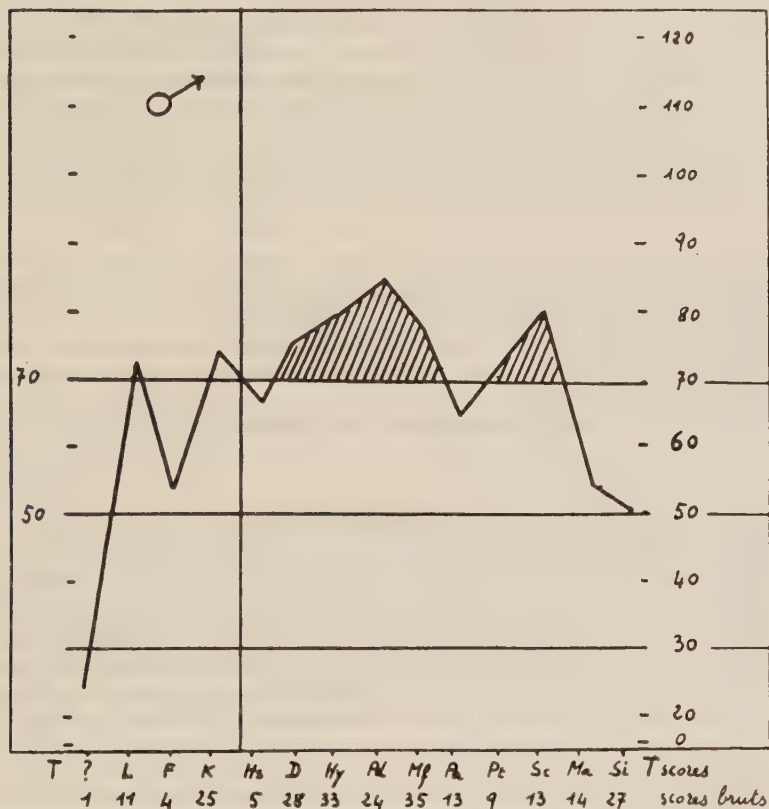
Les phénomènes obsessionnels, sujets à des recrudescences intermittentes, fournissent le « fond » psychopathique du tableau. Si l'éreuthophobie est moins marquée, la syphilophobie, par contre, s'accroît du fait d'une découverte de sérologie positive ; des examens réitérés ne donneront plus jamais de résultats semblables. On est autorisé à penser qu'il ne s'agit pas d'une réelle syphilis, mais le malade craint d'avoir la roséole, multiplie les examens sanguins, il a peur de devenir paralytique général, il lui arrive de répéter tout seul, anti-constitutionnellement. Il nous décrit les préoccupations obsédantes de la recherche de l'origine de la contamination.

Le fétichisme a motivé un internement après non-lieu, en 1944, pour vol de gants ; en fait, il s'étend aussi à d'autres objets, masculins en particulier, des étuis à cigarettes.

La tentation se manifeste dans le métro ; elle consiste surtout à saisir les gants dépassant des poches de pardessus de voisins ; elle s'accompagne d'une anxiété : « Mon cœur vibrerait très vite, je me sentais mal à l'aise » ; lorsqu'il tient les gants, c'est « le soulagement, la béatitude du contact ». Pendant deux ou trois jours, il reste chez lui, tripote les gants, les met, les enlève, puis les rejette enfin, plein de remords. Il avoue le vol de cinq ou six paires ; on ne peut savoir, en fait, le chiffre exact de ses larcins.

Cet état de déséquilibre avec manifestations obsédantes, provoque un séjour

INVENTAIRE DE PERSONNALITÉ DE MINNESOTA



à Henri-Rousselle, en 1934 ; un internement pour état dépressif avec tentative de suicide (gardénal) en 1938 ; un internement en mars 1944, après non-lieu à poursuite pour vol (rapport du Dr P. Abély) ; un internement en septembre 1949 — avait été trouvé nu dans une cave, dépouillé de ses vêtements par des Nord-Africains, tentative de suicide à l'arrivée des agents.

En septembre 1948, traumatisme cranien. Jean est victime d'une agression nocturne, matraqué, dévalisé par deux Algériens ; il est hospitalisé après une perte de connaissance de deux heures au maximum.

C'est au cours de l'internement qu'en 1949, alors qu'il est interné depuis plusieurs mois, il présente des crises comitiales successives et une intervention neuro-chirurgicale est pratiquée (professeur Puech). Evacuation d'une méningite séreuse importante, extirpation d'un hématome sous-dural pré-frontal gauche, le tout sans exérèse corticale. Il faut noter que l'hématome siège du côté opposé à l'enfoncement cranien. Il s'agissait donc d'un hématome par contre-coup.

Dès lors, le malade affirme que ses obsessions ont totalement disparu. Déjà, après le traumatisme en 1948, elles avaient diminué progressivement,

mais le malade n'a été pleinement conscient de leur disparition qu'après l'intervention.

L'internement actuel, déterminé par un déséquilibre, ne permet de relever dans le tableau aucun élément obsessionnel. Sa mère « l'a repris » en 1952. Il ne travaille plus, se contentant d'une pension d'invalidité touchée depuis le 3 mars. Il s'enivre fréquemment. Ces derniers jours, la température s'abaissant, sa mère lui propose de partager son lit. Jean, dans une manifestation très théâtrale, se donne alors un coup de canif très peu profond dans la région précordiale. Le jour de la sortie de Beaujon, nouvelle dispute entraînant l'internement.

Etat actuel : examen du liquide céphalo-rachidien cytologique : 0,6 éléments ; albumine : 0,40 ; Bordet-Wassermann : négative ; benjoin : 00000. 22221.00000 ; Bordet-Wassermann du sang : négative.

Electro-encéphalogramme : tracé légèrement altéré, spécialement faible voltage de rythme de base avec des réactions anormales à l'hyperpnée ou à la stimulation lumineuse.

Au Wechsler : quotient intellectuel, 124. Indice de détérioration : 11 %.

Aux épreuves de classement de forme-couleur de Golstein : bonne attitude catégorielle. Verbalise bien.

Au Rorschach, aucun signe pouvant faire penser à un protocole d'obsédé, ni même à la présence d'une structure obsessionnelle. Sur 18 réponses : 5 G, 12 D, 1 D d bl seulement. 10 F dont 90 % F + 2 K, etc... Un léger choc à la planche 2 et à la planche 7. Vue assez dysphorique des choses, difficultés d'identification humaine : voit des « corps », des « pantins », mais jamais d'hommes. Par ailleurs, type ambivalent avec tendance à la coarctation.

Au M.M.P.I. (tableau joint), on observe des tendances hypocondriaques dépressives schizoïdes et homosexuelles marquées, mais le score de l'échelle psychasthénique reste dans les limites subnormales ; c'est tout au plus si on relève un très léger déplacement de la colonne de structure compulsive (4382/76).

Au cours de l'examen clinique, bon contact, affectivité conservée, minimisation des excès éthyliques, des réactions agressives. Reste adhésif. Tendance à s'égarer dans des détails inutiles. Un peu mielleux.

Examen neurologique négatif ; aucun élément d'un syndrome frontal. Le sujet n'a plus présenté de crise depuis l'intervention.

Commentaires. — A) L'observation du malade peut être divisée en trois périodes distinctes.

1° Après des difficultés de l'enfance qu'on peut imaginer, mais sur lesquelles nous n'avons pas d'éléments précis, apparition, au cours de l'adolescence, de troubles de la sexualité : dérobement devant les réalisations hétérosexuelles, orientation homosexuelle, fétichisme, mais relative adaptation sociale et succès scolaires.

2° A partir de la vingtième année environ, instabilité professionnelle, fugues, dépressions, tentatives de suicide, excès éthyliques, sont autant de manifestations de déséquilibre, mais sur ce fond brochent de nombreuses manifestations obsessionnelles, qui entraînent même à elles seules un comportement délictuel.

3° Après un trauma crânien et surtout une intervention portant sur le pôle frontal, persistance du déséquilibre et disparition des éléments obsessionnels.

B) Le mécanisme thérapeutique de l'intervention frontale est loin d'être clair. Rappelons qu'il s'agit de l'exérèse d'un hématome par contrecoup, mais il n'a pas été touché au cortex. Rappelons aussi que le trauma direct avait atténué les structures compulsives, mais il ne les avait pas fait totalement disparaître. On doit évidemment faire toute réserve sur l'existence de lésions profondes.

Par ailleurs, on ne saurait exclure l'hypothèse d'une psychogénèse : nous voyons le malade, à cette époque, rechercher des violences de la part d'agresseurs homosexuels, vivre ces manifestations avec la plus grande culpabilité, puisqu'après l'une d'elles il se porte à deux reprises un coup dans l'orbite. Or l'acte opératoire réalise sans aucun doute une agression masculine, mais bienveillante, à la fois désirée et repoussée. L'expression d'autolobotomie nous a été fournie par le sujet lui-même : « Je me suis fait moi-même la lobotomie », nous a-t-il déclaré.

La littérature psychiatrique comporte pas mal d'exemples de guérison de troubles mentaux après lésions pathologiques accidentelles ou volontaires du cerveau. Ici même, en 1943, H. Beaudouin en a rapporté un cas. L'un de nous, à l'évolution psychiatrique, en 1948, en a résumé deux, mais, à notre connaissance, ces observations visent des manifestations dépressives, schizophréniques ou délirantes, pour n'en avoir lu aucune qui décrive la disparition de phénomènes de type compulsif.

C) La doctrine médicolégale française a longtemps admis l'autonomie des obsessions-impulsions, telles que les entendaient Garnier ou Lassègue. Les auteurs plus récents, Gelma, l'un des premiers après-guerre, Carrette, plus récemment, au congrès de Luxembourg, se sont élevés contre une telle manière de voir, particulièrement en ce qui concerne l'exhibitionnisme.

Une observation comme la nôtre montre à la fois l'intrication d'un fétichisme avec d'autres manifestations de déséquilibre et la relative autonomie du syndrome compulsif.

La séance est levée à 18 heures 15.

Le secrétaire général :

Paul ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy

Séance du 28 novembre 1953

Présidence : **M. Frantz ADAM** (de Rouffach)

La trachéotomie, traitement héroïque au cours de certains états de mal épileptique, par MM. R. FONTAINE, A. DANY et L. SINGER (de Strasbourg).

Se basant sur trois observations, les auteurs préconisent la trachéotomie dans le traitement de certains états de mal épileptique compliqué d'obstruction broncho-pulmonaire. On sait que l'œdème cérébral déclenche l'œdème pulmonaire et que le gaz carbonique ainsi accumulé dans l'organisme aggrave l'œdème cérébral. La trachéotomie, en facilitant l'oxygénation et l'évacuation du gaz carbonique contribue donc à briser le cercle vicieux qui s'établit entre le cerveau et l'appareil pulmonaire.

Etude préliminaire des corrélations entre l'état mental et l'électro-encéphalogramme chez les épileptiques à tracés très perturbés, par MM. Th. KAMMERER, Fr. ROHMER, L. ISRAEL et R. DURAND DE BOUSINGEN (de Strasbourg).

Dans le cadre d'une étude comparative clinique, psychologique et électro-encéphalographique, les auteurs ont isolé un groupe particulier d'épileptiques caractérisés du point de vue clinique par des crises généralisées débutant le plus souvent dans l'enfance ; du point de vue électro-encéphalographique, par une activité lente continue, généralisée avec disparition de rythmes physiologiques et même de paroxysmes ; du point de vue psychologique, par une détérioration mentale importante et un type de résonance intime coarté dans le test de Rorschach. Tous les malades avaient une atrophie cérébrale révélée par l'encéphalographie gazeuse.

Quelques données numériques à propos de 320 cures de désintoxication alcoolique en service libre, par MM. J. HAMEL, M. BURNER et J.-R. GÉRARDIN (de Nancy).

Quelques chiffres concernant les alcoolomanes traités à la clinique Sainte-Anne, à Nancy, depuis 1949. Le pourcentage de ces malades augmente d'année en année (10 % en 1949, 40 % en 1952). 320 observations ont été dépouillées quant à divers éléments étiologiques (âge situation familiale, profession, toxique ingéré, quantité quotidienne, ancienneté des habitudes éthyliques). L'atteinte somatique, neurologique et mentale a été chiffrée : 55 % des malades présentaient des signes hépatiques, 92 % des signes neurologiques ; troubles du caractère chez plus de la moitié d'entre eux et idées de jalousie dans le quart des cas. Exposé des modalités de la cure : une statistique récente permet de suivre 233 malades avec un recul de quatre mois à cinq ans (dont 194 avec un an ou plus de recul). Résultats globaux : 35 % de guérisons, 25 % d'améliorations et 40 % de rechutes, étudiés sous différents aspects (recul, différents facteurs étiologiques connus et enfin prise de disulfure de tétraéthylthiurame : de 60 % des intoxiqués qui suivirent la cure pendant six mois au moins, guérirent ; 3 % présentèrent des rechutes alors que plus de 50 % de ceux qui cessèrent rapidement la cure se remirent à boire, pendant qu'un quart d'entre eux seulement restaient intempérants). Etude rapide de chaque groupe de résultats cliniques. Conclusions confirmant l'opinion de nombreux auteurs, concernant la valeur du traitement médical et la totale indigence des solutions proposées pour résoudre le problème social de l'alcoolisme.

Guérison par lobectomie pulmonaire d'un syndrome schizophrénique évoluant parallèlement à la bacillose, par MM. M. HACQUART, J. HENRY et M. BEIS (de Nancy).

Observation d'un malade atteint à la fois d'un syndrome schizophrénique et d'une tuberculose pulmonaire, évoluant cliniquement à bas bruit, bien que nettement caractérisée radiologiquement : 1° le parallélisme évolutif des deux affections (les poussées bacillaires s'accompagnant d'aggravation passagère des troubles psychiques) ; 2° action efficace, sans thérapeutique psychiatrique adjuvante des thérapeutiques phtisiologiques sur le syndrome schizophrénique, qui disparut rapidement et totalement après une bisegmentectomie pulmonaire, supprimant radicalement le point de départ de l'essaimage paucibacillaire ; 3° nécessité de traiter dans des pavillons sanatoriaux vraiment spécialisés les psychopathes tuberculeux, avec étroite collaboration du phtisiologue et du psychiatre.

Le test de Thorn chez les alcooliques chroniques avant et après cure de désintoxication, par MM. P. ROYER, M. BEIS, M^{lle} N. VERNET, et M. M. BURNER (de Nancy).

Les auteurs ont systématiquement pratiqué ce test chez 28 alcooliques avant désintoxication et chez 10 à l'issue du traitement. Ils notent avant traitement : sept réponses normales, huit légèrement perturbées, treize réponses négatives, traduisant un profond déficit surrénalien. Confrontant ces résultats aux données de l'examen somatique et psychique, ils soulignent

que chez les sept sujets dont la réponse au test est normale, les signes d'intoxication sont peu marqués, l'alcoolisme récent et l'ingestion habituelle d'alcool relativement moyenne ; chez les huit malades suivants, l'état somatique est plus sérieux, quelquefois sévère, l'atteinte psychique est marquée ; chez les treize derniers malades, syndrome somatique très sérieux, mais atteinte psychique relativement moins profonde que dans la catégorie précédente (il s'agit de vieux buveurs absorbant des quantités importantes). Les tests de sortie sont redevenus normaux ou subnormaux dans les cas où la cure a amené une reprise de l'état général. Par contre, dans les cas où les dégâts de l'intoxication n'ont pas été réparés par le traitement, le test reste négatif. Les auteurs pensent que lorsque le fonctionnement surrénalien se répare si vite, on est en présence d'une sidération fonctionnelle de la glande tandis que l'atteinte est plus sérieuse, voire même définitive chez les autres malades. Ils estiment que seuls ces derniers sont justiciables de l'opothérapie.

Un cas de toxoplasmose,
par MM. Ch. BERNHARDT et J. BIRTUS (de Metz).

Observation de toxoplasmose avec plaque de chorio-rétinite pigmentaire et scléro-atrophique, calcifications intracérébrales éparses, arriération mentale et augmentation du périmètre crânien. Les auteurs insistent sur la facilité du diagnostic, auquel il faut cependant penser.

Coma hypoglycémique prolongé traité par semi-hibernation, par M. M. BEAUDOUIN, M^{lle} Th. DAMPT, MM. J. HENRY, M. PAUGAIN et H.-P. SMITH (de Nancy).

Coma insulinaire prolongé, normoglycémique, rebelle aux thérapeutiques usuelles, survenu chez un malade de 14 ans, hétérocatatonique. Semi-hibernation (4560 R.P. et phénergan, toutes les cinq heures, par voie intramusculaire, et quatre vessies de glace). Le traitement dura 40 heures ; guérison physique complète, mais aucune modification mentale, ni dans un sens, ni dans l'autre.

Quelques incidents post-critiques de l'électrochothérapie. Aperçu clinique et essais de prévention, par MM. C. FEUILLET, J. MERCIER et M^{lle} Th. DAMPT (de Nancy).

Les auteurs attirent l'attention sur les incidents mineurs post-critiques de l'électro-choc à propos d'une série de 114 cas étudiés systématiquement. Les céphalées s'observent chez 60 % des malades traités par l'électro-choc simple, surtout au début de la cure et quel que soit le rythme de celle-ci. Des vomissements s'y associent dans les cas les plus intenses (5 % environ). Anodins en eux-mêmes, ces symptômes peuvent avoir des répercussions mentales fâcheuses chez certains malades, surtout en milieu hospitalier. Pour la prophylaxie de ces incidents : l'anesthésie pré-critique (nesdonal) est sans valeur. Les antiémétiques dérivés de la phénothiazine (bromanautine) sont sans action sur les céphalées. La curarisation, par contre, s'avère un excellent procédé préventif auquel on pourra recourir parfois pour de simples raisons d'opportunité psychothérapique.

A propos de Phyaluronidase dans la cure de Sakel, par M. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE-LENTULO, MM. J. FORGET, A. ANTOINE et M. RUYER (de Lorquin).

Analysant les résultats obtenus chez 13 malades par l'adjonction d'hyaluronidase à l'insuline au cours de la cure de Sakel, les auteurs recommandent cette méthode uniquement chez les malades soumis à de fortes doses d'insuline. L'économie réalisée est de l'ordre de 50 %, comme l'avait déjà remarqué G. Demay, alors que l'embonpoint des malades est réduit et que le coma n'y perd pas en qualité.

Statistique des alcooliques à la clinique psychiatrique de Strasbourg, par MM. Th. KAMMERER, L. SINGER et R. RUCH (de Strasbourg).

Les auteurs, après avoir commenté les données numériques de leur statistique, concluent qu'en 1952 48 % de leurs malades hommes et 13 % de leurs malades femmes étaient des alcooliques. Ils ont été dans l'obligation de transférer 16 % des hommes et 21 % des femmes dans un hôpital psychiatrique. La mortalité de l'alcoolisme masculin était de 5 % et celle de l'alcoolisme féminin de 4 %. Ils soulignent les rechutes fréquentes dans l'éthylisme, malgré l'intensité des traitements mis en œuvre et pensent que le problème de cette toxicomanie dépasse largement le cadre d'une simple mesure de thérapeutique médicale.

Recherches sur la motricité chez l'enfant arriéré, par MM. M. MATHIS et M^{lle} Y. ROMPEL (de Strasbourg).

Chez l'adolescent arriéré se pose constamment le problème du pronostic professionnel : dans quelle mesure, en particulier, des tests psycho-moteurs permettent-ils de prévoir le rendement professionnel ? La notion de rendement est complexe, et non seulement faite d'éléments moteurs ; d'autre part, les tests moteurs et psychomoteurs sont discutés. 22 jeunes filles de 14-18 ans, d'un quotient intellectuel de 50-75, ont subi un examen clinique, le test d'Ozeretzki et le test de Grace-Arthur. Les résultats obtenus et comparés au rendement pratique dans des ateliers professionnels et des travaux ménagers permettent les observations suivantes : 1) le quotient moteur obtenu par l'échelle d'Ozeretzki n'a pas de valeur pronostique nette ; les quotients moteurs hauts ne signifient pas une réussite probable ; 2) les épreuves du test d'Ozeretzki sont inégalement significatives ; les plus caractéristiques sont : l'épreuve n° 4 (rapidité), l'épreuve n° 5 (mouvements simultanés), l'épreuve n° 6 (syncinésies) ; 3) dans l'échelle de Grace-Arthur, les épreuves d'encastrement ne sont jamais significatives ; par contre, les cubes de Kohs ont une valeur pronostique très grande) ; 4) l'examen clinique portant sur l'état neurologique et les fonctions gnoso-praxiques semble devoir être très intéressant et gagne à être poussé au maximum. Ces recherches demandent à être poursuivies pour trouver des corrélations encore plus significatives et statistiquement utilisables.

Le 4560 R.P. (largactil) dans le traitement du delirium tremens,
par MM. Th. KAMMERER et R. EBTINGER (de Strasbourg).

Se basant sur 17 observations de delirium tremens et de délire éthylique subaigu, les auteurs, après avoir exposé leurs techniques et leur but (obtenir la sédation de l'agitation par le 4560 R.P. sans abandonner la strychnothérapie classique), classent leurs résultats sous deux rubriques : résultats positifs ; résultats nuls. Un effet remarquable est la sédation immédiate de l'agitation, l'obtention du sommeil, la possibilité d'alimenter et d'hydrater les malades et, comme corollaire, la diminution des sueurs, l'absence de déshydratation et de collapsus cardio-vasculaire. Les auteurs n'ont pas eu à instituer la réhydratation massive. Ils insistent sur le fait que l'angoisse est absente chez les malades traités par le 4560 R.P., ce qui explique en partie la sédation de l'agitation. Enfin, aucun décès n'a été enregistré depuis la mise en œuvre du traitement par le largactil. L'effet du 4560 R.P. semble par contre moindre sur le délire onirique et les zoopsies, dont l'apparition n'a jamais été empêchée. La durée générale du processus n'est pas écourtée.

L. SINGER.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 28 novembre 1953

Présidence : M. A. RADEMAEKERS, président

La tentation psycho-chirurgicale, par M. J. LEY.

Après un rappel de l'exceptionnelle gravité d'interventions qui lèsent délibérément le cerveau et déterminent un déficit irréversible des qualités psychiques les plus spécifiquement humaines, l'auteur montre que la psycho-chirurgie est une tentation à laquelle il faut résister dans la plupart des cas. Il distingue trois formes de cette tentation :

- 1) la psycho-chirurgie d'asile, qui est particulièrement immorale puisqu'elle consiste à détruire le lobe frontal pour juguler des symptômes dont l'insuffisance de notre assistance est le plus souvent responsable ; les résultats de l'ergothérapie et de la psychothérapie le démontrent irréfutablement ;
- 2) la psycho-chirurgie expérimentale, celle que l'on tente en désespoir de cause, parce que tout le reste a échoué. On croit donner au malade sa dernière chance, et bien souvent on la lui enlève ; la psycho-chirurgie ne remplit d'ailleurs pas les conditions de l'expérimentation thérapeutique, elle est dangereuse et elle manque de base scientifique ;

3) la psycho-chirurgie précoce, qui consiste à intervenir à la période initiale de certains états psychopathiques ; c'est la tendance la plus dangereuse, en raison surtout des incertitudes du pronostic en psychiatrie, mais elle a eu, hélas, de nombreux protagonistes.

L'auteur conclut que la seule indication — on pourrait presque dire la seule excuse — de la psycho-chirurgie paraît être la souffrance grave, rebelle à tous les autres traitements, et devenue chronique. On ne saurait méconnaître les énormes services rendus à certains malades par ces méthodes. C'est l'anxiété chronique qui reste l'indication principale. Une intervention unilatérale est très souvent suffisante. Il faut que toutes les formes possibles de psychothérapie aient réellement été tentées sans succès. Ces cas sont relativement rares et c'est incontestablement au déclin de la psycho-chirurgie que nous assistons actuellement.

Enfin, le problème de l'interdiction légale de la psycho-chirurgie est évoqué à propos du décret soviétique en la matière. Il ne paraît pas souhaitable de voir intervenir le législateur, mais les psychiatres doivent établir eux-mêmes des règles précises capables de mettre fin aux abus dont les exemples foisonnent dans la littérature.

Leucotomies unilatérales, par M. E. DE GREEFF.

L'auteur éprouve une répugnance de plus en plus grande vis-à-vis de la leucotomie bilatérale, dont les résultats ont été présentés souvent d'une manière tendancieuse, avec des observations insuffisantes. Cependant, contrairement à l'opinion de Fulton, les interventions unilatérales peuvent aussi avoir des conséquences graves. Des exemples en sont cités. Dans la lobectomie surtout, le malade peut être diminué. Une grande prudence s'impose.

L'auteur classe ses observations en trois groupes : a) les anxieux ; b) les obsédés hypocondriaques avec anxiété secondaire ; c) les malades mentaux. C'est dans le premier groupe que les résultats furent les meilleurs, avec des interventions le plus souvent unilatérales : 4 échecs pour 12 améliorations et 25 guérisons. Il ne s'agit évidemment jamais de guérisons psychologiques.

Relation de deux observations de guérison absolue chez de jeunes intellectuels, dont l'un a repris ses cours dans l'enseignement moyen. L'auteur est intervenu aussi avec succès dans certains cas pour des phénomènes de fatigue chronique empêchant tout travail. Malheureusement, nous manquons de tests pour le diagnostic des diverses formes de fatigue.

Le relâchement dans le domaine moral ne s'observe pas chez les sujets qui avaient une certaine valeur morale avant l'opération. Pour les autres, l'opération lève certaines inhibitions et constitue un danger. Il est dangereux également d'intervenir d'une manière relativement précoce dans des cas encore en évolution. De même, dans les cas à composante cyclothymique, il faut s'abstenir. Mais les services rendus par la psycho-chirurgie dans de nombreux cas sont tels que si le législateur venait à l'interdire, il faudrait continuer à la pratiquer quand même.

J. LEY.

Séance du 19 décembre 1953

Présidence : M. A. RADEMAEKERS, président

Remarques à propos de la leucotomie,
par MM. L. MASSION-VERNIORY et E. DUMONT.

Les auteurs rapportent les résultats de 40 leucotomies. Ils sont d'accord pour dire que la méthode doit être réservée aux cas d'angoisse chronique grave, « celle qui rend anxieux le médecin lui-même », mais ils ont opéré, avec des succès divers, six schizophrènes, un paranoïaque, deux débiles mentaux avec troubles caractériels graves, deux algies rebelles et vingt-neuf psycho-névroses. Depuis juin 1948, ils s'en tiennent à des interventions *unilatérales* dans la plupart des cas. Lorsqu'un deuxième temps s'avère nécessaire, il ne doit pas être pratiqué trop vite. Trois mois au moins sont nécessaires au réajustement des fonctions cérébrales, et les grands inconvénients des interventions bilatérales seraient ainsi évités.

Chez les obsédés et les anxieux, la guérison a été obtenue dans les 2/3 des cas par la leucotomie unilatérale. Les facultés d'abstraction et de synthèse sont conservées, la sensibilité morale reste intacte, seul le pouvoir émotionnel est émoussé. On observe une certaine indifférence pour l'avenir, pour les soucis quotidiens, de l'égoïsme mais pas d'égoïsme. L'auto-critique est conservée. Lecture d'une longue et fine auto-observation écrite par une femme de lettres, critique littéraire, complètement débarrassée des troubles névrosiques graves qui avaient résisté depuis treize ans à tous les traitements.

Les auteurs estiment qu'il est paradoxal de condamner la lobotomie au nom du respect de la personne humaine chez les aliénés alors qu'on l'accepte chez des malades dont la personnalité est intacte. Ils critiquent l'interdiction de la psycho-chirurgie en U.R.S.S.

Les indications de la psycho-chirurgie, par M. R. VERSPREUWEN.

C'est chez les cornestopathes anxieux que l'auteur a obtenu le plus de succès. Les schizophrènes sont en général peu améliorés, sauf dans les formes paranoïdes, où quelques succès ont été enregistrés. Après un exposé des théories proposées pour expliquer l'action de la lobotomie dans ses diverses modalités, l'auteur déclare qu'il a abandonné la technique de Freeman, qui n'atteint pas la région interne et inférieure. Il préconise la leucotomie ouverte, plus précise et plus sûre.

La plupart des cas ont été opérés unilatéralement avec de bons résultats. Le côté dominant au point de vue moteur l'est aussi au point de vue frontal. L'auteur exprime l'avis qu'une méthode qui permet de libérer les aliénés est préférable à un internement à vie avec travail plus ou moins forcé.

Quelques remarques au sujet de la technique de la leucotomie frontale,
par MM. G. R. HOFFMAN et A. DE HAENE.

Les auteurs ont abandonné la technique de Freeman en raison des difficultés du repérage et d'accidents possibles dans la section des fibres du quadrant interne. On peut toucher notamment le ventricule. Ils ont adopté la technique de Poppen et utilisent un guide métallique pour le repérage. Par ce procédé, les hémorragies éventuelles sont contrôlables, on évite des lésions du ventricule et l'intervention est plus précise.

J. LEY.

Société belge de neurologie

Séance du 28 novembre 1953

Présidence : M. A. DEWULF, présidents

Leucoencéphalite sclérosante subaiguë de Ludo van Bogaert,
par M. S. THIRY.

Présentation du petit malade, qui a fait l'objet d'une communication à la séance précédente.

L'encéphalite loïasique, par MM. L. VAN BOGAERT, A. DUBOIS, WANSON,
P.-J. JANSSENS, COLLART, J. RADEMAEKER et G. TVERDY.

L'existence de complications cérébrales de la filariose a été contestée. Les auteurs font l'historique de la question et apportent l'étude anatomo-clinique du cas d'un adulte vigoureux, traité à l'hétrazan à la suite de la découverte de microfilaries dans l'urine. Dès le lendemain de la première prise, le malade présentait des symptômes encéphalitiques graves avec céphalées intolérables et nausées. L'affection évolua rapidement sans signes oculaires ou neurologiques, malgré l'arrêt du traitement. Des microfilaries *loa* furent trouvés dans le liquide céphalo-rachidien. Le malade succomba dans le coma en quatre jours. Une étude anatomo-pathologique minutieuse des lésions viscérales et nerveuses montra une atteinte de tout le névraxe, y compris la moelle, par des réactions granulomateuses et une microgliose disséminée. Cette encéphalite préexistait certainement à l'accident médicamenteux terminal, qui fut probablement un processus allergique produit par la dissociation massive des microfilaries.

Applications de l'électrophorèse sur papier à l'étude des protéines sériques chez des sujets atteints de polymyosite, par M. VAN SANDE.

Etude des protéines sanguines de cinq malades atteints de polymyosite, après détermination des valeurs normales par 34 mesures et contrôle chez un poliomyélitique pour éliminer l'influence possible de l'atrophie musculaire. Dans la polymyosite, on trouve une hypergammaglobulinémie et une hypoalbuminémie malgré l'augmentation des protéines totales. Il n'existe actuellement aucune explication physiopathologique satisfaisante de ce phénomène.

Détermination de la teneur en potassium du liquide céphalo-rachidien normal en pathologique, par M. A. LOWENTHAL.

Les expériences de l'auteur portent sur 227 déterminations, chez 145 hommes et 87 femmes. La différence entre les sexes est la même que dans le sérum : le liquide céphalo-rachidien est un peu plus riche en potassium chez la femme. Etude comparative de la teneur en potassium des leucocytes, des hématies et des protéines. Dans cinq cas, le potassium rachidien a été trouvé inférieur à la normale ; il s'agissait chaque fois d'encéphalopathies vasculaires.

J. LEY.

Société suisse de psychiatrie

120^e Assemblée — Genève, 21-22 novembre 1953

Présidence : M. le professeur W. BOVEN (de Lausanne), président

Les membres de la Société suisse de psychiatrie se sont réunis à la clinique psychiatrique de Bel-Air, dirigée par le professeur F. MOREL, à Genève. Après l'allocution du président, le professeur W. BOVEN (de Lausanne), et l'exposé du Dr L. BINSWANGER, à la mémoire du Dr Fritz RUTISHAUSER (d'Ermatingen), et du professeur Robert GAUPP (de Stuttgart), la parole fut donnée au professeur F. MOREL pour l'exposé des travaux en cours à la clinique psychiatrique de Bel-Air.

COMMUNICATIONS

Aperçu de quelques études d'anatomie pathologique de la clinique de Bel-Air, par le professeur F. MOREL et M. E. WILDI (de Genève).

Etudes hypothalamiques. — Les cas qui peuvent apporter le plus de documents utiles dans le problème des localisations fonctionnelles précises sont

représentés par des anomalies des différents noyaux hypothalamiques, aplasies, hypoplasies, hyperplasies. Parmi les recherches publiées, les auteurs citent celles dont le sujet était d'ordre purement topographique, établies sur des cas normaux, recherches préliminaires indispensables. Grâce à l'existence d'un nombre important de cas, des numérations ont été faites pour différents noyaux. En cytologie, l'estimation de la fréquence des vacuoles intra-cellulaires dans les différents noyaux dits magnocellulaires a précisé des notions nouvelles. Sur un plan purement pathologique, les résultats fournis par les premiers cas sont très encourageants et laissent déjà entrevoir l'intérêt profond que l'étude de ce carrefour neuro-endocrinien peut apporter dans plusieurs domaines de la biologie générale.

Angiopathies cérébrales. — L'étude statistique de plusieurs centaines de cas de polygones de Willis a montré les différentes tendances vers l'asymétrie que ce réseau artériel présente et un type particulier d'anomalie pour lequel les écarts sont significatifs, statistiquement, entre les sexes. L'étude des localisations de l'artériosclérose sur les différents secteurs des polygones de la même série précise la tendance de l'altération vasculaire à se localiser sur celui des deux vaisseaux homonymes dont le calibre est le plus large. Il n'y a environ qu'un quart des polygones de toute la série qui soit totalement exempt d'artériosclérose, fait qui montre l'importance numérique de l'artériosclérose cérébrale chez des individus atteints d'affections neuropsychiatriques, ayant au moment de leur décès un âge moyen de 70 ans. Chez un nombre assez considérable de malades très âgés, atteints de divers types de démences, on note une congophilie des parois artériolaires des méninges molles et de l'écorce. Ces sensibilités tissulaires particulières sont liées à des conditions topistiques. L'artériosclérose cérébrale n'influe pas sur la fréquence des plaques séniles.

Dysgénésie nodulaire corticale. — L'étude systématique de la surface de l'écorce cérébrale, une fois enlevées les leptoméninges, a mis en évidence la présence d'anomalies des couches superficielles du cortex frontal, minuscules nodules proéminents, constitués de cellules nerveuses hétérotopiques. Au centre de ces formations, il y a toujours une artériole qui provient de la profondeur de la substance blanche et qui s'épuise à la surface de l'écorce en s'anastomosant avec le réseau artériel méningé. La topographie de ces anomalies est purement frontale, avec une forte prédilection pour la troisième circonvolution frontale. Elles ont été rencontrées dans toutes sortes d'affections psychiatriques, à l'exception de la démence précoce.

Ventriculométrie. — Méthode qui consiste à remplir les ventricules latéraux des cerveaux, fixés en formaline sans déformation, en utilisant une seringue graduée. La contenance ventriculaire est variable dans les différentes affections cérébrales (différences d'avec la moyenne acceptée comme normale), très caractéristiques pour un certain nombre d'entre elles (paralysie générale, chorée de Huntington, maladie d'Alzheimer, démence précoce). Dans cette dernière affection, la capacité ventriculaire est extraordinairement faible, et il y a tout lieu de considérer qu'elle est constitutionnelle.

Enregistrement photographique des mouvements des globes oculaires dans différentes activités cérébrales, par le professeur F. MOREL, MM. J. BURGERMEISTER et P. DICK (de Genève).

A l'aide d'un appareil enregistreur réalisé par le Dr P. Schifferli, ces recherches ont pu être faites par la méthode optique, c'est-à-dire celle qui

projette un rayon lumineux sur la cornée et qui enregistre photographiquement le rayon que celle-ci réfléchit. La vitesse et le sens des mouvements du regard enregistré sont repérés. Grâce à l'aide du Fonds national de la recherche scientifique, il a été possible d'exploiter de façon régulière la méthode et de s'employer à son perfectionnement.

Ces enregistrements montrent comment s'opère la transformation d'une excitation visuelle étendue ou spatiale en une séquence temporelle de mouvements ou d'événements. Une telle transformation n'est d'ailleurs qu'un cas particulier d'une fonction cérébrale générale. Cette séquence d'événements n'est pas homogène en ce qui concerne la vitesse de son déroulement. Elle n'est pas homogène non plus en ce qui concerne sa qualité visuelle. Pendant la pause, il y a vision ; il y a information provenant des extérocepteurs rétiniens. Mais au même instant se déroule un mécanisme non conscient, que l'on peut dire réflexe, qui ajuste la direction et la longueur de la prochaine saccade du regard. Pendant les saccades, la vision est supprimée.

L'acte de suivre par le regard les contours d'un objet se décompose de la façon suivante : pendant les pauses, les afférences visuelles rétiniennes entrent en jeu presque exclusivement, c'est-à-dire peu ou pas accompagnées d'afférences proprioceptives provenant de la musculature extrinsèque des yeux. Pendant les saccades, en revanche, les afférences proprioceptives sont au maximum, du fait de l'ampleur et de la rapidité du mouvement, et les afférences visuelles nulles ou presque. C'est dans l'alternance de ces deux modes d'afférences, étroitement associés l'un à l'autre, que consiste l'acte de suivre le contour d'un objet apparaissant dans le champ visuel. Les enregistrements montrent que chacun exécute cet acte à sa façon, selon un style très individuel, tout en respectant toujours les grandes lois générales que nous venons d'exposer.

Des deux comportements, voir et se représenter, dont les enregistrements sont semblables, si l'un, voir, est la transformation du spatial en temporel, l'autre, se représenter, est la reproduction exacte de cette séquence temporelle telle qu'elle avait été modelée par l'excitant visuel initial. En exécutant sa représentation, le sujet passe par un état conscient très semblable à celui qu'il éprouvait en présence de l'objet visuel : il spatialise de mémoire exactement comme il le faisait lorsque l'objet était sous son regard, au point qu'il lui semble revoir cet objet. Mais pour en arriver là, il a refait ce trajet, avec les pauses et les saccades, et leurs particularités individuelles, et les accidents, et les imperfections, et les déformations, et tout cela se déroule automatiquement, à son insu. Tel est, dans les grandes lignes, le schéma général auquel ont conduit ces recherches. En les poursuivant, les auteurs espèrent mieux comprendre les intrications sensorielles, visuelles, et proprioceptives, et leurs perturbations, ainsi que les répétitions de suites parfois très compliquées de mouvements en l'absence du stimulus extérieur, autrement dit les phénomènes de mémoire et leurs troubles.

Examens endocriniens dans différentes démences, par M. G. GARRONE (de Genève).

L'endocrinologie de la sénescence physiologique est caractérisée par une diminution des 17-cétostéroïdes urinaires au 50 % de leur taux habituel, et

une conservation du taux des corticoïdes réducteurs de formaldéhydogènes. Dans les états démentiels de l'âge avancé, le comportement diffère de la normale et varie selon qu'il s'agit d'artériosclérose cérébrale ou de maladie d'Alzheimer.

Dans l'artériosclérose cérébrale : baisse des 17-cétostéroïdes un peu plus prononcée que dans la sénescence physiologique, et limitée aux dérivés de l'hormone androgéno-protidique de la cortico-surrénale (androstérone, étiocholanolone, déhydroépiandrostérone), alors que les 17-cétostéroïdes oxygénés en 11 (11-hydroxy-androstérone, 11-hydroxyétiocholanolone) ne sont pas modifiés. Les corticoïdes formaldéhydogènes conservent leur taux habituel. Le tableau stéroïdique de l'artériosclérose cérébrale est donc assez proche de celui de la sénescence normale, mais le déséquilibre entre corticoïdes et 17-cétostéroïdes est encore plus marqué.

Dans la maladie d'Alzheimer, la baisse des 17-cétostéroïdes est beaucoup plus prononcée : environ 1/3 de celle des personnes normales du même âge, baisse qui porte sur tous les constituants des 17-cétostéroïdes, y compris ceux qui sont oxygénés en 11. Les corticoïdes formaldéhydogènes sont, eux aussi, amoindris. Ces résultats donnent à penser que, dans la maladie d'Alzheimer, toutes les fonctions de la surrénale sont atteintes. Il est probable qu'à l'origine de cette hypofonction cortico-surrénalienne se trouve un défaut de stimulation de cette glande par l'hypophyse.

Des travaux ultérieurs permettront, grâce à des stimulations de la cortico-surrénale et de l'hypophyse (A.C.T.H., épinéphrine, entre autres) de déterminer de manière plus précise l'étage où se situe la lésion primaire, mais il est possible d'affirmer dès maintenant qu'il existe des différences endocrinologiques entre sénescence normale et pathologique et que ces différences sont particulièrement marquées dans la maladie d'Alzheimer.

Un cas de pseudo-sclérose de Westphal-Strumpell avec troubles mentaux, par MM. S. MUTRUX et C. BARBEZAT (de Genève).

Le traitement des déséquilibres caractériels d'après Maxwell Jones (au sujet d'une expérience en cours), par M. Bernard SCHNEIDER (de Lausanne).

M. Bernard Schneider a créé, sous le nom d'*Industrial Neurosis Unit*, au Belmont Hospital, près de Londres, une communauté psychothérapique, destinée aux névrosés graves et surtout aux déséquilibres caractériels, présentant un comportement dissocial marqué et en particulier des difficultés professionnelles. La structure de cette communauté diffère totalement de celle des cliniques générales ou psychiatriques classiques : « culture communautaire » avec intégration des patients à une activité et à une thérapie de groupe. Les déséquilibres caractériels ne peuvent se resocialiser que s'ils ont la possibilité de faire à nouveau partie d'une communauté, thérapeutique, qui les accepte réellement.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

V^e Congrès neurologique international

(Lisbonne, 7-12 septembre 1953)

I. AFFECTIONS VASCULAIRES DU CERVEAU.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE CLINIQUE,

sous la direction du professeur Th. ALAJOUANINE.

Physiologie de la circulation cérébrale dans les affections vasculaires du cerveau, par M. SEYMOUR S. KETY (de Bethesda, Maryland).

Deux facteurs apparaissent dominants : le taux de la pression artérielle et la valeur de la résistance offerte à la circulation à travers l'encéphale. La pression n'exerce un effet dominant que dans les syncopes et le choc traumatique. Dans tous les autres cas, c'est la résistance du tissu cérébral qui commande la circulation.

Pression crânienne et affections vasculaires cérébrales. Le rôle de l'œdème du cerveau, par M. Georges SCHALTENBRAND (de Würzburg).

L'auteur distingue l'hypertension intracrânienne aiguë et chronique. Etude de douze cas, dont deux mortels, d'œdème cérébral. Constatations anatomiques d'un cas de syndrome pseudo-tumoral de l'hypertension artérielle : hémorragies capillaires, teinte rosée ou rouge de l'encéphale ; microscopiquement, dilatation généralisée des vaisseaux et surtout dilatation des espaces péri-vasculaires ; la région avoisinant de III^e ventricule est considérée comme le lieu d'élection de l'œdème cérébral. Parfois, les nerfs périphériques et les ganglions sympathiques peuvent être intéressés.

Artérites cérébrales oblitérantes et inflammatoires

par M. P.-C.-P. CLOAKE (de Birmingham).

L'auteur distingue d'abord dans l'étiologie : 1^o les artérites en rapport avec une atteinte des parois par un micro-organisme (artérites syphilitiques, tuberculeuses et septiques) ; 2^o celles qui résultent d'une réaction non spécifique aux toxémies (endartérite cérébrale proliférante après intoxication par le

plomb, le mercure, l'arsenic, le manganèse, l'oxyde de carbone, ou après tuberculose méningée, typhoïde et malaria, etc.), et celles résultant d'une réaction aux allergènes (polyartérite noueuse) ; 3° les artérites d'origine inconnue (artérite temporale, thrombo-angéite oblitérante). Cliniquement, si endartérite rhumatismale et lathromboangéite oblitérante peuvent être limitées aux artères craniennes, le plus souvent le processus atteint à des degrés divers la plupart des artères de l'économie. Principaux traits cliniques et anatomiques de ces différentes affections.

Les malformations vasculaires cérébrales à l'exception des anévrysmes,
par MM. P.-F. GIRARD et M. DEVIC (de Lyon).

Les auteurs distinguent les anévrysmes sacculaires, les anévrysmes artérioveineux ou fistules artérioveineuses les angiomes artérioveineux, les angiomes caverneux et les angiomes télangiectasiques, les phlébectasies isolées et diffuses, les angiomatoses systématisées et la maladie de Sturge-Weber.

Ils étudient ensuite les maladies vasculaires associées aux anévrysmes sac-ciformes et montrent que la plus commune de ces malformations est représentée par les anomalies de distribution du polygone de Willis. Tous les accidents des anévrysmes ne sont pas la conséquence de leur rupture, et une partie de la sémiologie de ces anévrysmes est le fait d'anomalies associées. A côté de la rupture, une place importante doit être attribuée aux phénomènes anoxémiques, aux altérations malaciques, aux lésions atrophiques et thromboses vasculaires, aux associations entre cardiopathies congénitales et malformations vasculaires cérébrales. Enfin, associations possibles des maladies cérébrales du cerveau avec les malformations de la charnière occipito-vertébrale ou avec les anévrysmes dits cirsoïdes de la rétine.

II. MALADIES VASCULAIRES DU CERVEAU.

SEMEIOLOGIE ANGIOGRAPHIQUE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE,
sous la direction du professeur EGAS MONIZ.

Technique neuro-chirurgicale et traitement chirurgical des thromboses vasculaires, par M. TRAUGOTT RIECHERT (de Fribourg I/B).

A côté de sa valeur déjà mentionnée dans les néo-formations cérébrales, l'angiographie dite fonctionnelle donne des renseignements sur les thromboses vasculaires et les troubles de l'irrigation cérébrales. Circulation cérébrale dans l'artériogramme normal et possibilités d'une circulation collatérale dans le cas de thrombose ou d'autres troubles quelconques de l'irrigation. Thrombose de l'artère vertébrale et étude de cinq cas personnels. Crises vasculaires et lésions traumatiques des vaisseaux cérébraux. Méthodes de traitement de l'irrigation sanguine des troubles du cerveau.

Séméiologie angiographique des anévrysmes, varices et angiomes du cerveau, par MM. EGAS MONIZ et MILLER GUERRA (de Lisbonne).

Les auteurs font le point de la méthode angiographique appliquée à la circulation cérébrale pour le diagnostic des affections vasculaires : anévrysmes, varices, angiomes. La plupart des anévrysmes sont d'origine congénitale,

et cependant, ils ne se rencontrent pas souvent chez les jeunes. Les auteurs étudient successivement les anévrysmes fusiformes de la carotide interne, les anévrysmes fusiformes du tronc basilaire, et surtout sacculaires, ceux qui sont fistulisés dans le sinus caverneux : les gros anévrysmes juxta-sellaires, les anévrysmes du secteur de l'artère vertébrale et des autres artères cérébrales, en faisant une part également aux anévrysmes multiples et associés. L'étude des varices cérébrales amène les auteurs à reprendre la physiologie veineuse de l'encéphale et à montrer la multiplicité des anastomoses formant un véritable réseau à la surface du cerveau. Les angiomes ont été considérés comme des malformations congénitales, ou comme de véritables néoplasies. Dans certains n'existent que des anomalies de nombre des vaisseaux, d'autres se rapprochent des gliomes très irrigués. Ces malformations sont parfois associées à des naevi congénitaux de la peau, elles auraient une évolution comparable à celle des tumeurs, mais réalisée d'une manière différente. Les angiomes ne représentent que 4 % des tumeurs cérébrales. L'examen clinique des malades ne permet pas, en général, de faire le diagnostic différentiel entre les néoplasies et les angiomes cérébraux, et moins encore entre les angiomes et les anévrysmes. Tandis que les anévrysmes ont une prédilection pour les artères de l'hexagone de Willis, les angiomes ont une préférence pour les artères superficielles du cerveau et surtout du groupe sylvien. On peut distinguer, parmi eux : les angiomes artériels, dont les seules descriptions sont d'ordre anatomique ; les angiomes veineux formés de pelotons de veines tortueuses et dilatées, localisées de préférence à la scissure de Sylvius, à la région chiasmatique et à la base du cerveau. Ces angiomes veineux sont séparés du réseau artériel par des capillaires normaux. Ils sont donc visibles, surtout sur les phlébogrammes. Les angiomes artério-veineux sont les plus fréquemment rencontrés. Ce sont surtout les hémorragies qui caractérisent les angiomes, plus rarement les crises sensorielles, des troubles psychiques.

Iconographie de l'aspect de ces malformations vasculaires dans leurs différents sièges ; étude angiographique de la maladie de Sturge-Weber-Krabbe, dans laquelle la triade fondamentale : épilepsie, naevus facial et glaucome congénital s'est bientôt complétée par la mise en évidence de calcifications intracrâniennes (Weber) et l'aspect angiographique qu'Almeida Lima mit le premier en relief. L'angiographie peut enfin donner de précieux renseignements dans les angiomes veineux de la dure-mère, dont l'étude se poursuit, et les phacomatoses.

Traitement des anévrysmes sacculaires intracrâniens,

par M. Normann M. DOTT (d'Edimbourg).

Exposé des récents progrès faits dans le diagnostic clinique, angiographique, de ces malformations, qui se présentent dans la majorité des cas comme une hémorragie aiguë spontanée intracrânienne. La ligature proximale est applicable aux anévrysmes de la carotide interne (tronc) et de la communicante antérieure aux anévrysmes de la bifurcation carotidienne et aux parties moyennes et distales de la cérébrale antérieure. Discussion des interventions sur l'anévrysme lui-même : occlusion, remplissage avec du muscle, et associations possibles des divers procédés. Ce traitement chirurgical est applicable aux cas avec récente hémorragie ou long passé hémorragique, aux cas sans rupture ni hémorragie mais présentant des signes de souffrance

vasculaire ou un syndrome pseudo-tumoral. Rôle de l'hypothermie artificielle permettant une exclusion circulatoire locale temporaire et facilitant le traitement.

Traitement chirurgical des anévrysmes artério-veineux et des tumeurs vasculaires du cerveau, par M. H. OLIVECRONA (de Stockholm).

Les anévrysmes artério-veineux de l'encéphale sont des lésions relativement rares ; sur 4.000 tumeurs cérébrales, l'auteur a observé 96 anévrysmes (environ 2,5 % des tumeurs cérébrales vérifiées). La complication la plus fréquente est l'hémorragie sous-arachnoïdienne ou intra-cérébrale (50 % des cas avant leur admission). Dans les 96 cas, 60 fois la lésion a été enlevée : dans sept cas, mort post-opératoire (mortalité 11,7 %) ; hémorragie incontrôlable dans trois cas, œdème cérébral dans un cas et méningite dans un cas où le sinus frontal avait été ouvert accidentellement. Sur les 53 survivants, 37 guéris ont pu reprendre leur travail.

Dans 30 autres cas non opérés (12) ou explorés (10 cas), ou décomprimés (12 cas), ou tout simplement ligature d'une artère accessible (6 cas), on compte 2 morts post-opératoires. Sur les 28 restants, 9 sont vivants et excepté quelques crises épileptiques ; 5 ont une invalidité partielle et 5 une invalidité totale et 9 sont morts probablement d'hémorragie. Sur les 9 survivants qui paraissent bien, il n'y a aucun cas où soit survenue une hémorragie du type sous-arachnoïdien.

III. LOBE PARIÉTAL,

sous la direction de SIR FRANCIS WALSH.

Le lobe pariétal, par M. A. Mac Donald CRITCHLEY (de Londres).

C'est plus de l'étude clinique que de l'expérimentation qu'il faut espérer trouver matière à expliquer la fonction du lobe pariétal. Cependant, les difficultés sont plus grandes peut-être que pour toute autre fonction cérébrale. L'astéréognosie bilatérale a pu être considérée comme résultant parfois d'une lésion pariétale unilatérale, lésion de l'hémisphère dominant. La diversité des signes cliniques traduisant les lésions pariétales telles qu'elles nous sont actuellement connues contraste avec l'ancienne conception du lobe pariétal : zone muette. Les affections unilatérales entraînent des troubles de la sensibilité (hémianesthésie, syndrome cortical, syndrome pseudo-thalamique), des troubles moteurs (atrophie musculaire unilatérale, légère hémiparésie), des troubles visuels (qualitatifs dans un héli-champ homonyme, quantitatifs avec hémianopsie), peut-être une apraxie constructive. Dans les lésions bilatérales on observe : cécité centrale avec syndrome d'Anton, désorientation visuelle avec agnosie visuelle, apraxie constructive sévère. Une lésion gauche chez un droitier, entraîne des phénomènes additionnés : désordres du langage : dyslexie surtout, dyscalculie, apraxie idéomotrice bilatérale, asymbolie douloureuse, anesthésio-agnosie, astéréognosie bimanuelle et perte de la mémoire topographique. Une lésion hémisphérique droite chez un droitier entraîne : anosognosie, refus de l'hémiplégie, somato-paraphrénie, agnosie spatiale et parfois apraxie constructive. Les lésions gauches chez un gaucher entraînent de graves troubles du langage.

Des rapports de l'image corporelle avec les lésions du lobe pariétal,
par M. Jean LHERMITTE.

L'introduction en neurologie de la notion de « l'image corporelle » qu'il convient de préférer au terme de schéma corporel, permet de comprendre beaucoup mieux qu'autrefois les phénomènes singuliers dont les altérations du lobe pariétal peuvent être l'origine. On sait aujourd'hui que la méconnaissance systématique, le refus obstiné du patient de reconnaître un déficit organique aussi grave qu'une hémiplégie, répond à une dissolution d'une partie de l'image du corps. L'anosognosie est, en premier lieu, une asomatognosie, c'est-à-dire l'échappement à la conscience d'une partie de l'image corporelle. Hémiasomatognosie et anosognosie sont le privilège des lésions de l'hémisphère droit. L'anosognosique a perdu le sentiment de la moitié gauche de son corps et, par voie de conséquence, de l'affection dont il est affecté : l'hémiplégie. A côté de ce phénomène fondamental, il convient de placer les phénomènes d'accompagnement : perturbations profondes des sensibilités, désorientation dans l'espace visuel gauche ou indifférence pour tout ce qui se passe du côté lésé, parfois transfert des sensations de l'hémicorps droit dans le gauche : allochirie, modifications du tonus, automatisme cinétique.

Mais ce qui retient l'attention c'est, avant tout, l'état singulier de la conscience de soi : le malade anosognosique garde une lucidité de jugement et une intelligence critique parfaite, sauf pour la reconnaissance de la paralysie.

Fait également remarquable, certains malades, non seulement ne veulent pas admettre la paralysie qui les a frappés, mais encore la plus grave mutilation corporelle : une amputation de cuisse haute par exemple (Lhermitte et Garand).

Le professeur Jean Lhermitte étudie successivement les dyssomatognosies paroxystiques, dans l'épilepsie, par exemple, l'inattention tactile dans ses rapports avec les lésions du lobe pariétal, les altérations des fonctions praxiques, et le problème psycho-physiologique, qui a été l'objet de nombreuses controverses. S'agit-il d'une dissolution de type neurologique ou de type psychiatrique ? Ce qu'il faut admettre, c'est qu'une lésion localisée au lobe pariétal entraîne une destruction partielle de l'image corporelle, image qui est tout ensemble d'une texture organique et psychologique ; enfin, qu'une altération pariétale est capable de faire sentir ses effets sur l'hémisphère opposé selon le mécanisme de la diaschisis de von Monakow.

En dernière analyse, M. J. Lhermitte conclut que le mécanisme qui sous-tend l'image corporelle n'appartient pas absolument au lobe pariétal mineur puisque les exérèses et jusqu'à l'hémisphérectomie gauche n'entraînent pas l'anéantissement de l'image de notre corps. L'anosognosie, l'hémiasomatognosie représentent bien une perturbation profonde de la conscience mais seulement d'une partie de celle-ci, et plus précisément de la conscience corporelle, qu'il ne faut pas confondre avec la conscience de soi, avec le véritable moi qui est le propre de l'organisation humaine.

Les relations entre le lobe pariétal droit et gauche,
par M. Hans HOFF (de Vienne).

L'auteur décrit les syndromes résultant de lésions du lobe pariétal gauche et droit. Il conclut que l'intégration des hémisphères gauche et droit se

réalise surtout dans la fonction pariétale. Par l'activité de l'hémisphère droit, certains impulsés sont accouplés au moi et les impulsés perturbateurs de l'unité sont parés. Le corps est placé dans sa situation et ses sensations sont réglées par la mesure du temps. Des fonctions végétatives servent de base à ces exactions. Mais dans l'hémisphère gauche, comme résultat du travail conjoint des sphères sensitives auditive et visuelle, prennent origine de nouvelles actions qui font de l'individu ce qu'il est, un être humain dont on ne peut prévoir les exploits à l'avenir. Dans ce but, des impulsés vibrent constamment dans un sens et dans un autre, de l'hémisphère gauche vers l'hémisphère droit, en utilisant les fibres du corps calleux et des commissures. Chaque hémisphère contrôle les actions de l'autre et de la sorte le cerveau, qui est divisé en deux parties, devient une unité.

Apraxie du lobe pariétal, par M. DENNY-BROWN (de Boston).

Les altérations de la perception peuvent être physiologiques (amorpho-synthèse) ou conceptuelles (agnosie). La correspondance dans le domaine moteur peut être l'absence de la perception symbolique (agraphie) ou l'altération perceptive spatiale (apraxie constructive), ou la pauvreté de la morpho-synthèse correspondant au territoire atteint (apraxie d'éducation, confusion gauche-droite). L'association possible de ces diverses anomalies rend difficile la localisation précise des lésions.

IV. MALADIES METABOLIQUES DU CERVEAU,

sous la direction de M. L. VAN BOGAERT.

Thésaurismoses dites phosphatidiques au point de vue clinique histopathologique et chimique, par MM. L. van BOGAERT (d'Anvers) et E. KLENK (de Cologne).

I. Aspects cliniques et histopathologiques (M. L. van Bogaert). — L'idiotie amaurotique apporte aux histopathologistes un type de dystrophie cellulaire qui fut le point de départ de recherches dont les auteurs font ici le point. A côté d'ailleurs de sa forme classique d'idiotie amaurotique de Tay-Sachs, forme infantile précoce, existe une forme infantile tardive infantilo-juvénile, une forme juvénile, une forme tardive. A côté de la tache rouge cerise classique de l'aspect du fond d'œil, existent des aspects atypiques avec déplacement pigmentaire et atrophies rétinienues variables selon la durée d'évolution de l'affection. Ce qui sert de lien à toutes ces formes, c'est le caractère de la lésion cellulaire avec la technique de Nissl. Mais, selon les cas, le processus dégénératif montre certaines préférences de localisation, une certaine hiérarchie dans la rapidité de la dégénérescence. Les idioties amaurotiques sont avant tout des maladies cellulaires. Cependant, le comportement des systèmes myéliniques a beaucoup préoccupé les neuro-pathologistes. Agénésie, dégénérescence primaire d'un appareil myélinique insuffisamment développé ou fragile, dégénérescences secondaires à la dystrophie cellulaire et reposant de son côté sur un désordre métabolique au niveau de la gaine myélinique, désordre autonome ou subordonné à la même cause générale qui trouble la vie cellulaire : autant d'hypothèses proposées par

les chercheurs. Certaines observations atypiques semblent bien établir une liaison entre le groupe dit phosphatidique et d'autres séries d'affections dys-métaboliques.

II. Aspects des soi-disant thésaurismoses phosphatidiques du tissu nerveux [M. E. Klenk (Pologne)]. — Nos connaissances sur les lipoïdoses sont encore très fragmentaires. Cependant, on peut considérer comme identifiée la substance contenue dans les cellules de Niemann-Pick, de Gaucher, de Tay-Sachs. Dans les trois cas, il s'agit de sphingolipides. Quand on parle de la substance contenue dans une cellule de dépôt, on doit naturellement admettre qu'elle ne s'accumule pas sous une forme pure, mais mêlée à d'autres substances qui, dans le cas présent, sont d'autres lipides. Ainsi, seules les formes qui entraînent les lésions les plus grossières sont maintenant identifiées. Dans les altérations de degré moindre, il faut faire usage de méthodes nouvelles qui montreront sans doute que le lipoïde en cause est un sphingolipide. Les lipides de cette espèce ont dans le système nerveux une fonction spéciale dans l'élaboration de la myéline d'autre part, la cellule nerveuse et sa neurite ne sont pas sans interaction réciproque. On conçoit l'intérêt de ces perturbations dans le métabolisme cellulaire tout entier.

Les lésions entraînées par le stockage de la kérasine,
par Sir Russel BRAIN (de Londres)

L'intérêt de la maladie de Gaucher tient à ses rapports avec les autres lipoïdoses et au fait que les manifestations nerveuses de cette affection sont limitées aux malades atteints dès le jeune âge. Les cas juvéniles en sont rares, l'auteur en rapporte deux exemples. Anatomiquement, la dégénérescence cellulaire atteint non seulement les cellules du cortex mais s'étend à tous les niveaux du système nerveux. Certaines montrant des vacuoles et des granulations comparables à celles de la cellule de Gaucher. Il existe également une neuronophagie et une gliose modérée uniformément répandue. Le seul facteur que nous connaissions dans cette affection est l'hérédité. Green a réuni 89 cas dans 31 familles. Car l'affection est le plus souvent familiale. Il faut retenir l'importance du stockage de la kérasine dans la pathogénie mais l'interprétation biochimique en est encore incertaine.

Déterminations nerveuses des glycogénoses,
par MM. Paul CASTAIGNE et François LHERMITTE (de Paris).

Les glycogénoses se caractérisent par une perturbation du métabolisme des glucides qui entraîne le dépôt de glycogène dans divers organes. Il en existe deux formes distinctes : la glycogénose hépatique (maladie de von Gierke), et la glycogénose cardio-musculaire, qui se traduit par une infiltration glycogénique du myocarde et des muscles striés squelettiques, et qui relève d'un arrêt de la glycogénolyse à un autre stade des réactions qui permettent l'utilisation du glucose. Ces deux formes de l'affection atteignent l'enfant ; les formes cardio-musculaires se manifestent très tôt après la naissance et évoluent rapidement vers la mort.

Les dépôts de glycogène qui constituent le stigmate histologique des glycogénoses peuvent s'observer dans d'autres organes que le foie et les muscles : reins, poumons, glandes endocrines, parois vasculaires, etc...

Les auteurs en ont étudié dix observations. De certaines d'entre elles, ils dégagent une « forme nerveuse » ou plus exactement une « forme neuro-musculaire » de la glycogénose, dont ils indiquent la symptomatologie (qui se manifeste dès les premières semaines de la vie), le diagnostic et l'évolution. Les autres observations dans lesquelles l'existence de dépôts de glycogène dans le tissu nerveux se trouve mentionnée, se présentent sous des aspects cliniques variés, mais aucune n'offre une symptomatologie neurologique. Les dépôts de glycogène sont dans ces cas comparables à ceux du groupe précédent, si ce n'est que leurs localisations sont moins systématisées, variables et moins importantes. Les localisations nerveuses ne s'observent que dans les glycogénoses comportant une atteinte cardio-musculaire importante et généralement prépondérante.

Chapitre important d'interprétation physiopathologique. De la comparaison de l'utilisation des glucides par le tissu nerveux à son utilisation par d'autres tissus, les auteurs dégagent diverses hypothèses qui peuvent expliquer les différentes glycogénoses, les localisations nerveuses et leurs conséquences physiopathologiques.

Les lipoiïdoses cholestériniques du système nerveux, par M. Antonio GIAMPALMO.

Examinant les lipoiïdoses de cholestérol qui intéressent les systèmes nerveux, l'auteur montre qu'il s'agit de formes récemment observées et qui appartiennent, soit aux cholestérinoses primaires (véritables thésauroses), soit aux cholestérinoses secondaires à processus granulomateux ou inflammatoire. A la cholestérinose primaire à prédominance extra-cellulaire (maladie de L. van Bogaert-Scherer-Epstein) et aux granulomatoses cholestériniques, dans les cas où elles intéressent le névraxe (maladie de Hand-Shüller-Christian), l'auteur ajoute une troisième forme : la cholestérinose des glomus plexus choroïdes, qui paraît être une altération relativement fréquente. Il étudie successivement ces trois formes :

1° la cholestérinose cérébro-tendineuse (maladie de van Bogaert), de caractère nettement familial avec une symptomatologie neuro-psychique, retard du développement mental dès l'enfance et syndrome parétique ataxique à prédominance cérébelleuse, myoclonies débutant dans l'adolescence, s'aggravant progressivement pour aboutir au tableau d'une paralysie labio-glossopharyngée, déficit du développement et vieillissement précoce ;

2° les granulomatoses cholestériques (maladie de Hand-Shüller-Christian) caractérisées en plus des altérations bien connues de la selle turcique ou de l'hypophyse, par des atteintes diencéphaliques (diabète insipide), d'autres lésions de l'encéphale qui font ranger cette affection dans le groupe des lipoiïdoses du système nerveux, et d'origine infectieuse possible mais discutée ;

3° les cholestérinoses des plexus choroïdes, beaucoup plus fréquentes : altération particulière du glomus des plexus choroïdes consistant en un thésaurisome lipoiïdique à prédominance cholestérinique. Sur 300 cerveaux examinés, cette cholestérinose des plexus n'a été retrouvée que chez des sujets ayant plus de 30 ans. Le processus qui est à la base de cette cholestérinose présente une grande analogie avec les lipiïdoses artérielles et xanthomatoses et athéromatoses.

XXVI^e Congrès de médecine légale, de médecine sociale et de médecine du travail de langue française

(Luxembourg, 27-29 mai 1953)

Présidence : M. le D^r MOLITOR

directeur de la santé publique à Luxembourg.

MÉDECINE LÉGALE

Emotions et médecine légale, par M. P.-H. MULLER (de Lille).

Sept observations de troubles pathologiques survenus après un choc émotionnel et leurs conséquences médico-légales. L'émotion crée dans l'organisme des troubles importants par l'intermédiaire des chaînes réactionnelles nerveuses et endocriniennes et en particulier par l'intermédiaire d'une irritation neuro-végétative et d'une décharge d'adrénaline et de thyroxine. Ces perturbations sont le point de départ, sur un terrain prédisposé, de maladies durables.

Plus délicates à interpréter que celle d'un traumatisme banal, les séquelles de l'émotion posent des problèmes difficiles à résoudre. Le médecin-expert doit préciser avec le plus grand soin la réalité de l'accident, l'importance du choc émotif, la prédisposition ou l'état antérieur de la victime, la réalité des troubles invoqués et la concordance des délais observés avec les données de l'expérience. Directives d'indemnisation pour les différentes expertises.

La capacité civile des toxicomanes, aspect médical,
par MM. R. VULLIEN et P. GUILBERT.

Reconsidération des principes qui ont présidé à l'élaboration des lois. La notion de démence si largement interprétée en matière pénale a dans ce domaine des limites restrictives qui ne tiennent compte que des facultés proprement intellectuelles : mémoire, attention, jugement, sans attacher d'importance à l'affectivité ; celle-ci représente le lien entre toutes les facultés majeures. Son altération sépare la vraie personnalité du monde extérieur. L'affectivité est profondément perturbée chez les toxicomanes. Avec une lucidité apparente, ils ont rompu les liens avec le monde extérieur. Leur mémoire est intacte, mais ils sont devenus incapables de gérer correctement leur fortune. Les conceptions modernes en matière de psychologie montrent que la démence affective doit tenir une large place dans la législation concernant la capacité civile des toxicomanes.

Etude juridique de la capacité civile des toxicomanes,
par M. J. SCHLEXER (de Douai).

La capacité civile d'une personne peut être définie comme l'aptitude juridique de celle-ci à exercer elle-même ses droits, c'est-à-dire à accomplir les actes de la vie civile. Le droit français reconnaît deux grandes catégories d'incapables : d'une part les mineurs, et d'autre part les personnes dont les facultés mentales sont plus ou moins altérées (aliénés non interdits, interdits, prodigues et faibles d'esprit). Bien qu'ils ne soient pas expressément désignés, les toxicomanes dont l'intoxication est assez grave pour entraîner des altérations sérieuses de la volonté et de l'intelligence, semblent à l'auteur devoir être assimilés aux aliénés.

Après avoir envisagé l'application aux toxicomanes des différentes dispositions légales concernant l'incapacité des personnes dont les facultés mentales sont perturbées, l'auteur montre que la loi apporte une protection suffisante au toxicomane contre ses faiblesses. Les tribunaux auxquels il appartient de prononcer la simple annulation judiciaire, ou l'interdiction, ou la dation d'un conseil judiciaire ne retiennent que l'altération des facultés intellectuelle ou de la volonté, sans attacher une importance particulière à sa cause. L'expertise mentale seule, en pratique, permettra au tribunal d'apprécier si l'acte juridique accompli par le toxicomane est valable ou non.

Les effets de la douleur sur l'équilibre ionique du sang,
par M. M. de LAET (de Bruxelles).

Chez le lapin, la douleur provoquée par une fracture ou une brûlure entraîne en moins de dix minutes une chute du pH de 7,35 à 7,10, avec retour au chiffre initial en dix ou quinze minutes. Une anesthésie locale préalable empêche l'apparition de cette variation du pH.

L'observation des mineurs délinquants en milieu ouvert ; les problèmes qu'elle pose, par MM. M. COLIN, J. BOURRET et F. MEURILLON (de Lyon).

Résultats obtenus dans un centre d'observation en liberté surveillée. Cette méthode a l'avantage de ne pas exclure l'enfant du milieu familial, de permettre la scolarité et d'être moins onéreuse.

MÉDECINE SOCIALE

Les méthodes actuelles de diagnostic biologique de la syphilis en médecine légale et en médecine sociale, par MM. P. L'EPÉE, PAUTRIZEL et LAZARINI (de Bordeaux).

Etude de la valeur médico-légale des méthodes actuelles de diagnostic biologique de la syphilis. En ce qui concerne la recherche de l'agent pathogène, les auteurs insistent particulièrement sur le cycle évolutif du tréponème pâle et sur l'existence, à côté de formes spiralées, de formes rondes, petites ou volumineuses. Pour le diagnostic sérologique, ils indiquent que la substitution d'antigènes cardiolipidiques aux anciens antigènes empiriques a per-

mis d'augmenter à la fois la sensibilité et la spécificité des réactions ainsi que de réaliser des tests quantitatifs. Etude générale de la courbe d'évolution de la réagine syphilitique et de cas particuliers : syphilis primaire, syphilis secondaire, syphilis tertiaire, récidives, réinfections, phénomène de zone dans les syphilis anciennes, anticorps transmis ou élaborés chez le nouveau-né d'une mère syphilitique. L'utilisation simultanée d'autres réactions permet de mettre en évidence des anticorps autres que la réagine syphilitique : réactions de fixation du complément qui utilisent comme antigènes des tréponèmes de culture ou des extraits de ces tréponèmes de culture. La recherche conjuguée de ces divers anticorps augmente la spécificité du diagnostic sérologique qui mérite de ce fait la pleine confiance du médecin-expert dans les affaires médico-légales de contamination vénérienne.

Journées criminologiques hollando-belges

Bruxelles, 10-12 septembre 1953

Présidence : M. W.-P.-J. POMPE (d'Utrecht).

Les journées criminologiques hollando-belges de 1953 ont été consacrées à la narco-analyse. Elles ont eu lieu du 10 au 12 septembre 1953, à Bruxelles, sous la présidence de M. W. P. J. POMPE, professeur de droit pénal à l'Université d'Utrecht.

I^{er} RAPPORT,

par M. le professeur Aug. LEY (de Bruxelles)

Le premier exposé fut fait par M. le D^r Auguste Ley, professeur honoraire à l'Université de Bruxelles. Après avoir cherché les raisons psychologiques pour lesquelles le grand public s'est passionnément intéressé à cette question, et après avoir critiqué la ridicule expression « sérum de vérité », l'orateur a rappelé brièvement l'histoire de la révélation, sous l'influence d'un toxique, d'événements ou de sentiments que l'on voulait tenir secrets. Pareille révélation n'a, d'ailleurs pas une valeur absolue. Quels que soient les stupéfiants employés, y compris le pentothal, on observe des phénomènes discordants. L'aveu fait en état de demi-sommeil ou de sommeil n'est pas confirmé après le réveil. La suggestibilité allant de pair avec la perte de la « vigilance », peut amener des acquiescements erronés. Certains sujets peuvent maintenir, étant en narcose, des affirmations mensongères. D'autres arrivent à taire, en pareil état, ce qu'ils ne désirent pas dire. Malgré ces incertitudes, la narco-analyse est un élément utile de diagnostic et de thérapeutique médicale, sans être un moyen de rechercher

la vérité. Il existe d'ailleurs d'autres méthodes d'investigation, qui ne font pas intervenir une intoxication, et donnent des renseignements intéressants sur la personnalité du sujet : on peut explorer le subconscient par la méthode des associations, par celle des associations libres en série, par l'étude des lapsus, par les épreuves psycho-galvaniques, méthodes qui n'altèrent, ni la conscience, ni la personnalité.

Si un expert commis pour l'examen d'un prévenu juge la narco-analyse nécessaire pour approfondir l'étude de la personnalité du sujet, il peut l'utiliser, comme il se servira des divers examens de laboratoires et des divers tests qui sont d'usage courant. Mais il sera tenu au secret quant aux révélations compromettantes pour le prévenu. Même un aveu fait au médecin par un sujet lucide qui nie devant le juge, ne devrait pas être révélé. Pour étudier comme il le doit l'homme qui lui est soumis, l'expert doit obtenir la pleine confiance de cet homme, ce qui serait impossible si, médecin, il était considéré comme un auxiliaire de la police. Il ne faut pas que la justice emploie pour obtenir des aveux des procédés qui abâtissent les fonctions mentales et la vigilance, que ce soit la fatigue, la faim, l'alcool, les drogues de police ou la torture.

II^e RAPPORT,

par M. le professeur FEBER (de La Haye)

Le deuxième rapporteur était le professeur Feber, conseiller au Conseil d'Etat néerlandais. D'un exposé très nuancé, il conclut que l'Etat ne peut enfreindre les règles établies, et porter atteinte à la personnalité humaine. Mais lorsqu'il s'agit de crimes particulièrement graves, on peut estimer que le coupable a perdu le droit de faire valoir le respect dû à l'intégrité de sa personne ; dans des cas spéciaux, la narco-analyse devrait donc être admise.

III^e RAPPORT,

par le Procureur général TAHON (de Liège)

M. TAHON, Procureur général de la Cour d'appel de Liège, troisième rapporteur, s'en tint au thème : *la narco-analyse dans l'instruction judiciaire*. Il en est résolument adversaire. Pour lui, l'expert psychiatre est le mandataire, le juge, le mandant. On ne conçoit pas qu'un mandataire utilise un procédé qui serait réprouvé par le mandant. Il faut tirer toute la conclusion possible du fait que l'expertise psychiatrique est un acte d'instruction dans toute l'acception du terme. L'expert ne peut donc s'exposer à apprendre, par des moyens privant le prévenu de ses moyens de défense, des choses qu'il ne pourrait révéler, ou dont il ne pourrait dire comment elles lui ont été révélées. L'aveu, a fait remarquer M. Tahon au cours de son exposé, est considéré comme une preuve peu sûre de culpabilité. Des aveux obtenus par des moyens artificiels auront encore moins de valeur. Mais c'est surtout au nom de la liberté individuelle et du respect de la dignité de la personne humaine que l'orateur s'oppose à l'emploi de la narco-analyse dans l'instruction judiciaire.

D'intéressantes discussions, auxquelles prirent part de nombreux juristes et psychiatres, suivirent ces trois exposés.

M. ALEXANDER.

ANALYSES

LIVRES. THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Strindberg et Van Gogh, Hoelderlin, Swedenborg, par Karl JASPERS, traduction par Hélène NAEF, préface de Maurice BLANCHOT. (1 vol. 288 pages, Editions de Minuit, Paris, 1953).

Précédé d'une intéressante étude de Maurice Blanchot sur Hoelderlin, intitulée « La folie par excellence », ce livre de Karl Jaspers est la réédition d'un travail paru en 1922 dans un recueil de monographies consacrées à la psychiatrie appliquée.

« La philosophie, écrit dans la préface K. Jaspers, n'a pas un champ qui lui soit propre, mais les recherches scientifiques concrètes deviennent philosophiques si elles remontent consciemment jusqu'aux limites et aux sources de notre être. » Ce qui situe cette analyse, dont le but fut de chercher « les points de vue où l'on doit se placer pour apercevoir les énigmes véritables et en prendre conscience ». D'où, non pas la critique de l'œuvre littéraire de Strindberg, mais l'étude de sa maladie mentale qui, présidant au développement de sa conception du monde, a influé sur le contenu de ses ouvrages. Et, pour déceler comment la schizophrénie de Strindberg est en relation avec son œuvre, l'auteur compare des formes différentes du même syndrome psychopathique: il met en parallèle le cas voisin de Swedenborg et ceux, différents, d'Hoelderlin et de van Gogh. Car, ajoute-t-il, l'équivoque de la notion de schizophrénie, couvrant des altérations psychiques protéiformes, permet de rapprocher des types différents et même, par certains côtés, contrastants.

De *Strindberg*, d'abord, après les dates des principales étapes de sa vie, la chronologie et les sources de ses œuvres, on trouvera ici un exposé biographique et une exacte pathographie, Strindberg ayant « donné lui-même un tableau extraordinairement détaillé et suggestif des plis et replis de sa psychose » s'étendant sur vingt années de sa vie. Qu'on désigne cette psychose sous les noms de schizophrénie, de paraphrénie ou de paramoïa, ajoute Jaspers, cela n'importe pas. « C'est une chose surprenante que ces troubles qui ne plongent pas l'esprit dans une confusion complète, qui ne détruisent pas une intelligence, mais qui consistent proprement en un

"dérangement". » Ces psychoses « agissent comme l'horloger qui modifierait le mouvement d'une pendule en mêlant les rouages, si bien qu'elle marcherait autrement et de manière imprévisible ; on dirait alors que la pendule est "détraquée" ». Loin de dominer ces troubles, l'intelligence, au contraire, « se met au service du délire, de ce nouveau facteur insaisissable, entré avec la maladie dans l'existence de l'individu ». On peut tenter de comprendre ces phénomènes schizophréniques, mais « il restera toujours là quelque chose d'inaccessible, ce quelque chose d'inconnaissable que la langue usuelle appelle précisément la "folie" ».

Strindberg a dégagé lui-même la double tendance, les « deux traits essentiels de son âme complexe » : le doute et le sentiment d'être opprimé. Aussi le désespoir est-il là, « guettant cet irresponsable qui oscille entre le nihilisme et une philosophie changeante et momentanée, mais pathétiquement défendue ». La psychose, ajoute Karl Jaspers, n'a pas fait grand'chose d'autre que renouveler son matériel, que fournir à l'œuvre un matériel accessible, elle ne lui a pas apporté une seule idée neuve. Mais, avec les idées de persécution, elle finit par « interdire toute vie commune avec son prochain ». Pour cette œuvre, les années où la maladie progresse et atteint son maximum (de 1892 à 1897) sont presque improductives. C'est en 1898 que la production littéraire reprit ensuite, consistant surtout en œuvres dramatiques. Si, concernant la technique, la forme, le résultat artistique, aucun changement essentiel ne peut être noté, on ne peut nier l'influence de la maladie sur le contenu des œuvres. En tout temps, Strindberg avait puisé dans sa vie la matière de ses œuvres, mais « la psychose a certainement contribué à la brutalité qu'il met à dévoiler ce qui concerne lui-même et les autres ». Notant que les expériences délirantes sont la source qui alimente plusieurs de ces œuvres, Karl Jaspers ajoute que l'on pourrait aisément établir un inventaire de tous les éléments schizophréniques dans les ouvrages écrits depuis l'éclosion de la psychose.

L'auteur établit ensuite un parallèle entre la psychose de Strindberg et la psychose de *Swedenborg*, dont il dégage les traits caractéristiques. Entre ce dernier et Strindberg, s'il existe de grandes différences, « ce qui leur est commun c'est le processus qui laisse au sujet ses facultés de réflexion, de logique et d'orientation générale, qui apparaît et progresse à des moments déterminés et qui suscite des phénomènes tout semblables ». Karl Jaspers souligne à ce propos que les schizophrènes du type Strindberg traitent leurs papiers d'aliénés alors qu'ils se considèrent eux-mêmes comme normaux. Aussi a-t-on vu « plus d'une fois un schizophrène fonder une secte ou quelque groupement de ce genre, en être le seul malade, alors que ses adeptes seront sains d'esprit, ou tout au plus hystériques ». Et ce qui valut à *Swedenborg* sa célébrité, ce sont surtout les récits de sa « seconde vue » et des messages qu'il affirmait recevoir de l'au-delà.

Continuant cette intéressante étude comparative par celle d'« êtres doués d'un talent créateur exceptionnel et atteints de schizophrénie », l'auteur examine ensuite la vie et l'œuvre du poète *Hoelderlin* : « De même qu'une perle naît de la lésion d'un coquillage, ainsi la folie peut donner naissance à des œuvres incomparables », écrit Karl Jaspers. A côté de morceaux obscurs et confus, il note des strophes de sens clair, émouvantes dans leur simplicité. Quelques citations accompagnent l'exposé du jugement porté sur lui-même par le sujet, de sa vue mythique du monde, de son état de

tension intérieure, de la violence de l'action divine sur le poète. L'originalité des poèmes composés de 1801 à 1805 est un « phénomène unique en littérature ». Elle provient du fait, conclut l'auteur, qu'un être exceptionnel, qui eût été sans la maladie un poète de premier ordre, a été atteint de cette forme particulière de schizophrénie.

Seul *Vincent van Gogh*, dans le domaine des arts plastiques, peut être rapproché de Hoelderlin. Dans un exposé biographique et pathographique, dont les éléments sont puisés avant tout dans la correspondance de l'artiste, Karl Jaspers compare les étapes des modifications du psychisme et l'évolution artistique d'une œuvre abondante, de plus en plus vivante, réaliste, violente même et à l'égard de laquelle l'appréciation de van Gogh restera jusqu'au bout très critique, jamais délirante. En effet, pendant les intervalles de lucidité, van Gogh « domine souverainement » sa maladie, il a conscience du changement survenu en lui et en parle d'émouvante façon. Éliminant le diagnostic d'épilepsie, dont il déclare « ne voir aucun symptôme », Karl Jaspers considère comme plus probable le diagnostic de schizophrénie, faisant observer que le suicide de van Gogh, en arrêtant l'évolution de la maladie, prive le diagnostic d'une évolution si caractéristique chez Strindberg et chez Hoelderlin.

En conclusion, tout en rappelant que « la schizophrénie n'est pas une notion bien déterminée » mais « infiniment riche de nuances », l'auteur se demande quelle peut être la relation entre la schizophrénie et l'œuvre. « Il y a longtemps que l'on sait que toute espèce d'excitation du système nerveux contribue à provoquer la création artistique chez des sujets doués. » Et si, dans l'œuvre d'un artiste, un changement apparaît avec l'éclosion de la schizophrénie, cette œuvre peut-elle avoir des caractères spécifiquement schizophréniques ? « La schizophrénie est tout un monde. » L'idéal d'Hoelderlin s'oppose au réalisme de van Gogh mais tous deux donnent « l'impression de forces nouvelles » et représentent un type diamétralement opposé à celui personnifié par Strindberg et par Swedenborg. « La schizophrénie ne fournit qu'une interprétation toute matérielle à l'œuvre de ces derniers, tandis qu'elle est le principe même de la création et la forme intime de celle des deux premiers. » Et, après avoir cité les noms d'artistes devenus schizophrènes, dont la pathographie est encore à faire, l'auteur recherche la raison de l'influence exercée de nos jours par des artistes de grande valeur devenus fous, influence due précisément aux œuvres conçues et réalisées pendant la maladie. Il se demande si, « en une pareille époque, la folie serait une condition de toute sincérité, dans des domaines où, en des temps moins incohérents, on aurait été, sans elle, capable d'expérience et d'expression honnêtes ». Désigner certaines œuvres comme conditionnées par la schizophrénie ne les déprécie en rien. « L'esprit d'où elles procèdent est au delà du problème du normal et de l'anormal. »

De ce livre, riche d'idées et d'intéressants développements, livre d'un philosophe mais aussi d'un psychiatre, il ne pourrait être question d'indiquer ici tous les aspects mais on ne saurait trop insister sur l'intérêt clinique, littéraire, artistique, philosophique, des observations qui y sont méthodiquement exposées, des discussions, des réflexions, des commentaires dont elles sont l'objet.

René CHARPENTIER.

Petit traité de pathologie mentale et nerveuse (anomalies, symptômes, syndromes, maladies, historique, thérapeutique), par R. BENON, ex-médecin du quartier des maladies mentales de l'hospice général de Nantes (1 vol. 14,5 x 23, 308 pages, « L'expansion scientifique française » édit. Paris, 1952).

Après une introduction dans laquelle l'auteur, rappelant ses travaux antérieurs et ceux de J. Tastevin sur l'asthénie (musculaire et psychique) et sur l'hypersthénie (accroissement de forces qui s'oppose à l'asthénie), ce « petit traité de pathologie mentale et nerveuse » se divise en six parties.

Exposant d'abord sous le titre « anomalies mentales et nerveuses », les anomalies de l'intelligence, les anomalies de l'émotivité et les anomalies de l'activité, puis les rapports du déséquilibre psychique avec les anomalies de l'émotivité, M. R. Benon rappelle que ces dernières entraînent nécessairement des anomalies de l'activité. Il étudie ensuite de façon claire et détaillée les symptômes des maladies mentales et nerveuses, troubles des sensations et de la perception, troubles de la mémoire, troubles de l'attention, troubles du jugement et du raisonnement, troubles de l'émotivité et de l'activité. Cette étude séméiologique le conduit à l'exposé et à la distinction des grands syndromes neuro-psychiatriques.

Ayant ainsi défini des anomalies, qui ne sont pas des maladies, décrit symptômes et syndromes, l'auteur passe en revue les différentes maladies nerveuses : délires, démences, dysthénies, maladies de la perception, de la mémoire, de l'émotivité, épilepsie (considérant qu'il existe une variété d'épilepsie qui mérite le nom d'épilepsie-maladie), hystérie, auxquelles il ajoute l'aphasie, maladie du langage. Une classification personnelle des maladies mentales et nerveuses (d'après l'évolution, d'après l'examen psycho-clinique) termine cet exposé.

Un rapide historique, général et spécial (historique du délire, de la démence, de l'asthénie, de la manie, de la démence précoce, de la confusion mentale, des obsessions, de l'hystérie, de l'épilepsie, de l'état second, de l'aphasie, des troubles psychiques constitutionnels) a pour but de montrer l'évolution des idées mais aussi la valeur des constatations et des classifications des anciens auteurs.

Des indications thérapeutiques (généralités concernant le traitement des maladies mentales et nerveuses, modes de traitement des différentes affections) terminent ce volume après un bref résumé des nouveaux traitements physiques pour lesquels l'auteur exprime des réserves et dont il signale les échecs et les conséquences possibles. Un index alphabétique permet au lecteur de trouver facilement le renseignement cherché dans ce livre méthodiquement classé, de consultation facile, où chaque paragraphe porte un numéro.

R. C.

Psychopathologie du cuir chevelu, par Georges VERDEAUX, 26 pages, in **Affections de la chevelure et du cuir chevelu**, 1 vol. 780 pages, publié sous la direction de A. DESAUX. (Masson et C^{ie} édit. Paris 1953).

Rappelant combien sont étroits les rapports de la dermatologie et de la psychopathologie, l'auteur, après avoir souligné l'importance psychologique de la chevelure dans l'activité la plus normale, se place ensuite dans cette

étude au point de vue phénoménologique avec d'intéressants rappels historiques, au point de vue analytique (essais analytiques d'explication des processus psychologiques plus ou moins normaux se rapportant exclusivement au cuir chevelu, et d'analyse des symboles traduits par la chevelure) et au point de vue psychiatrique. Ce dernier point de vue est à la fois celui des psychiatres et celui des dermatologistes, ces derniers ayant depuis longtemps reconnu et individualisé les formes psychopathologiques des maladies du cuir chevelu qu'ils ont étudiées. M. G. Verdeaux décrit successivement avec des exemples : la trichotillomanie, les diverses nosophobies concernant le cuir chevelu et leurs rapports avec les névroses, les cas où le même processus de symbolisation est associé à des idées délirantes, les gestes stéréotypés des psychoses catatoniques, etc.

Des développements analytiques et phénoménologiques de la psychothérapie et de la tendance biologique de la psychiatrie contemporaine, M. G. Verdeaux dégage des conclusions thérapeutiques qu'il termine par un aperçu général de la façon dont la psychothérapie devra être conduite en utilisant, selon les cas, les données des diverses théories.

Cette étude psychopathologique est l'un des chapitres de l'important traité, abondamment illustré, publié sous la direction de M. A. Desaux.

R. C.

Angoisse, tension, relaxation. (*Angustia, tension, relajación*). par E. Eduardo KRAFF (1 vol. 96 pages, 4 figures Editorial Paidós, Buenos-Aires, 1952).

L'angoisse est inhérente à la vie psychique de l'homme. L'auteur montre ses relations fréquentes avec l'anoxie, puis il étudie les moyens de défense contre l'angoisse et leurs liaisons avec les troubles psychogénétiques. Certains moyens sont sains, d'autres sont pathologiques, particulièrement la négation de danger. D'importants rapports existant entre angoisse et fonctions motrices, la tension musculaire est un phénomène fréquemment observé. Une étude spéciale est faite de ce symptôme, ainsi que de l'état de contention. La tension est à la fois psychique et musculaire ; elle contribue à perpétuer l'angoisse, créant un véritable cercle vicieux. La fatigue est la conséquence habituelle d'une telle tension. Etudiant cette dernière et la relaxation dans le sommeil, l'auteur évoque la théorie biologique de Claparède, rappelle l'emploi de procédés de relaxation dans la thérapeutique courante, puis envisage la méthode progressive de Jacobson et surtout l'entraînement autogène (autorelaxation concentrative) de Schültz, décrivant ses six stades successifs. Il précise les indications des deux techniques, assez voisines d'ailleurs avec, au premier plan : épisodes émotionnels aigus, tableaux neurasthéniques, spasmes musculaires, troubles du sommeil. Dix observations personnelles sont relatées. Puis sont considérés les rapports de la relaxation et de la concentration avec la psychologie profonde, les expériences mystiques, la psychanalyse, le rêve éveillé de Desoille. Le danger possible de la relaxation est signalé avec possibilité de narcissisme. Enfin sont ébauchées quelques perspectives dans le domaine de l'hygiène mentale. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

PSYCHOPÉDEUTIQUE

Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Évolution normale. Pathologie. Traitement (manuel d'étude), troisième édition, par Édouard PICHON, médecin des hôpitaux de Paris, (1 vol. 240 pages, avec 1 planche hors texte, Masson et C^{ie} édit. Paris, 1953).

Le succès des deux éditions précédentes de ce livre, la première parue en 1936, la deuxième parue en 1947, et présentées à nos lecteurs dès leur publication, en rend superflue une longue présentation. Sous le nom de psychopédeutique, l'auteur y décrit les éléments d'une discipline située aux confins de la psychologie, de la pédagogie et de la médecine. Depuis sa publication, la création à la Faculté de médecine de Paris d'une chaire de « neuro-psychiatrie infantile » a souligné encore l'intérêt des questions d'éducation pour le médecin si souvent et si légitimement consulté à leur sujet par les familles. Nombreux et délicats sont les problèmes de prophylaxie, de diagnostic, de pronostic, de traitement qu'il aura alors à résoudre, les conseils qu'il aura à donner pour l'éducation familiale et pour l'enseignement de l'enfant. De beaucoup d'eux, il trouvera ici l'exposé et la solution.

Après une introduction fixant la position des problèmes à étudier et définissant le caractère des problèmes psychologiques, ce livre contient en effet l'exposé des méthodes d'investigation (enquête familiale, étude clinique, tests, investigations psychanalytiques) ; l'étude du développement psychique normal, de ses stades, du développement de la motricité ; puis des troubles du développement psychique (syndromes médico-psychiatriques à substratum organique, syndromes médico-psychiatriques d'origine obscure, syndromes psychiatriques purs). Des chapitres consacrés aux principes généraux de l'éducation, à l'instruction préprimaire comme à l'âge primaire et post-primaire à l'éducation familiale et sociale, précèdent la dernière partie de l'ouvrage et permettent d'aborder l'étude de la thérapeutique somatique et psychique, des troubles du développement psychique.

Cet ouvrage du regretté Edouard Pichon s'adresse autant à des médecins praticiens et à des éducateurs qu'à des spécialistes. Devenu introuvable en librairie, et toujours demandé, sa réédition était souhaitée.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Origine digestive et hépato-intestinale de certaines maladies mentales, par H. BARUK (de Paris). *Journal suisse de médecine*, 1953, n° 38, p. 1517-1520.

Si l'étude des localisations cérébrales est indispensable au psychiatre, il n'en reste pas moins, écrit l'auteur, que des lésions strictement localisées déterminent rarement des syndromes mentaux complexes, superposables à ceux des psychoses. Par contre, les perturbations cérébrales, même légères et fonctionnelles, mais diffuses, peuvent s'accompagner de troubles mentaux analogues à ceux des psychoses. Et si les intoxications et les toxi-infectieux réalisent des syndromes psychopathiques typiques, ce sont surtout les causes toxiques endogènes qui doivent retenir l'attention. Or, le carrefour hépato-intestinal est le réservoir le plus important de poisons neurotropes et psychotropes : la recherche et l'identification de ces poisons sont donc d'un intérêt de premier ordre. Rappelant l'orientation de ses travaux personnels antérieurs et les travaux du professeur Georgi, M. H. Baruk, s'élevant contre une « interprétation schématique et systématique, à laquelle se rattache la méthode de thérapie univoque par les chocs », lui oppose l'orientation large, plus enrichissante, plus scientifique, plus humaine, qui, étudiant les causes diverses des maladies mentales, « rénove la vieille pathologie humorale par des recherches modernes, utilisant les méthodes précises de la biologie et de la biochimie ». Les altérations et les perturbations du carrefour hépato-intestinal sont l'« une des causes essentielles et trop souvent méconnues des maladies mentales ».

R. C.

L'oligophrénie phénylpyruvique, par C.-A. MARTIN et G. NADEAU (*Laval médical*, Québec, vol. XVI, n° 9, novembre 1951).

Les auteurs font une revue générale de la difficile question que constitue l'oligophrénie phénylpyruvique. Les points essentiels sont étudiés concernant : clinique, anatomie pathologique, surtout pathogénie encore très mal connue, génétique. Le traitement est décevant ; les auteurs n'ont observé aucune amélioration par l'acide glutamique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Recherches, acquisitions et contributions à l'étude de l'arriération mongolienne, par M. SCHACHTER (de Marseille). (*Revue médicale de Louvain*, n° 1, 1952, extrait de 12 pages).

Les dénominations « d'idiotie mongolienne » ou de « mongolisme » devraient être remplacées par l'expression : « maladie de Langdon-Down ». Cette affection paraît avoir augmenté de fréquence. De nombreux facteurs étiologiques ont été incriminés : prédisposition morbide, consanguinité, maladies gestatives, âge avancé de la mère, intoxications volontaires par

des abortifs, déficiences endocriniennes maternelles, hérédité similaire. Toutes ces causes peuvent être discutées. A propos des aspects cliniques, l'auteur rappelle quelques travaux récents : puberté précoce, association avec le diabète sucré, avec la diplégie cérébrale de type Little, laxité articulaire, malformations cardiaques, formes familiales, formes gemellaires. Les données nouvelles sur les altérations sanguines, radiologiques, sur le profil psychologique sont rapportées. Malgré une certaine amélioration, le pronostic est réservé. L'acide glutamique associé à l'extrait thyroïdien ou au complexe vitaminique B, ou à la vitamine B6 et aux extraits pituitaires, donne des résultats intéressants.

V.-J. DURAND.

Idiotie amaurotique. Cas anatomo-clinique (Idiotex amaurotica. Caso anatomo-clinico) par Emilio MAJLUF, et Niza CHIOK. (*Revista de neuro-psiquiatria* Lima, t. 13, n° 4, décembre 1950, p. 608-617).

Les auteurs présentent le cas d'une fille de 5 ans, sans antécédents familiaux ou personnels notables, qui, depuis l'âge de 3 ans, à la suite d'une broncho-pneumonie, présente un syndrome à évolution progressive comprenant : crises convulsives occasionnelles, troubles intellectuels et aphasie, paraplégie flasque puis spasmodique, hypercïnésies, dystonie, cécité, dysphagie. La mort survient au bout de deux ans. On posa le diagnostic d'idiotie amaurotique à forme hypercïnétique dystonique, vérifié par l'examen histologique. Quelques considérations sont faites sur les lipoïdoses et leurs manifestations neurologiques.

V.-J. DURAND.

Les psychoses chez l'enfant, par L.-N.-J. KAMP (d'Utrecht). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, mai 1953).

Dans ce rapport présenté au IV^e congrès hollando-belge (Liège, 20-21 juin 1953), l'auteur n'envisage que les troubles apparaissant avant la puberté. Il rappelle et adopte la définition de Carp caractérisant l'état psychotique comme « un trouble psychique grave qui aboutit éventuellement à une guérison et dans lequel on observe une désintégration des fonctions psychiques (par exemple, la sensation du réel, la répression, l'activité, la mémoire, le jugement, la conscience de soi, etc...) conduisant éventuellement à une désintégration de la personnalité ». Après avoir, en quelques pages, distingué et caractérisé psychose, démence et oligophrénie, l'auteur étudie le groupe disparate des psychoses d'évolution et en dégage les principaux tableaux cliniques, limitant ensuite volontairement l'exposé de la thérapeutique de ces divers états psychopathiques de l'enfance aux méthodes orthopédagogiques et psychothérapiques.

L. R.

Les conséquences neuro-psychiatriques précoces et tardives des brûlures chez le jeune enfant, par Cl. KOHLER et G. FARGEOT. (*Sud médical et chirurgical*, t. 86, 30 avril 1953, p. 2484-2498).

Les auteurs rapportent deux observations d'encéphalopathie infantile avec troubles neurologiques et mentaux, survenus dans les suites tardives de brû-

lures graves chez de jeunes enfants. Il ne s'agit pas de troubles « réactionnels » mais de manifestations lésionnelles mettant en jeu en particulier les systèmes centraux de régulation végétative. Ils passent en revue les diverses hypothèses proposées pour expliquer de tels cas, dont aucune n'est vraiment satisfaisante, et comparent leurs accidents tardifs ainsi que les quelques cas analogues retrouvés dans la littérature avec les altérations observées chez les enfants à la période aiguë des brûlures graves ou mortelles. La notion d'adaptation, au sens de Selye, est envisagée, mais l'intervention d'une fragilité antérieure du terrain, neuro-végétative ou cérébro-spinale, leur paraît nécessaire, la survenue de tels accidents ne se produisant que chez une catégorie limitée de jeunes sujets.

J. ALLIEZ.

Les états cyclothymiques chez l'enfant impubère (Gli stati ciclotimici nel fanciullo impubere), par M. SCHACHTER (de Marseille). (*Giornale di psichiatria e di neuropatologia*, 79^e année, fasc. 4, 1951, p. 463-470).

L'auteur a pu étudier de 4 à 10 ans un enfant, dont la mère était une cyclothymique, et qui a présenté lui-même des phases sthéniques, actives, avec rapports sociaux faciles alternant avec des périodes asthéniques, apathiques, avec désintérêt et tendance à l'isolement. Cette observation constitue un élément utile pour l'étude du problème discuté des états cyclothymiques ou cyclophréniques chez les enfants impubères.

V.-J. DURAND.

Les facteurs de localisation dans les processus psychosomatiques de l'enfance, par L. MICHAUX et A. JURÉDIEU. (*Sud médical et chirurgical*, t. 86, 30 avril 1953, p. 2476-2484).

Facteurs organiques et « psychogènes » se combinent en proportion variable dans les manifestations psycho-somatiques dont les auteurs citent quatre exemples. Méiopragie d'appel, conversion, symbolisme interviennent à des degrés divers, souvent intriqués, et aucune pathogénie exclusive ne peut être retenue.

J. ALLIEZ.

Etat organique et psychique de l'individu au commencement de l'épilepsie (Estado organico y psiquico del individuo en el comienzo de la epilepsia), par Federico SAL Y ROSAS. (*Revista de neuropsiquiatria*, Lima, T. 14, n° 2, juin 1951, p. 211-225).

Une recherche faite sur les conditions physiques et psychiques de 1.452 épileptiques au moment de leur première crise a donné les résultats suivants : dans le tiers des cas, il y a une perturbation organique ou mentale marquée contemporaine ; les causes psychiques paraissent relativement peu importantes. Dans 75 % des cas, le premier accès a lieu pendant la veille ; mais les formes particulièrement intenses sont surtout à prédominance hypnique. Il ne faut pas considérer les troubles notés lors de la première crise comme des facteurs nécessaires et suffisants, mais seulement comme des causes occasionnelles.

V.-J. DURAND.

Les facteurs intellectuels dans l'épilepsie, par Margaret DAVIES-EYSENCK. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 15, n° 2, février 1952, p. 39).

Etude portant sur 161 épileptiques. En général, l'intelligence moyenne est seulement un peu inférieure à la normale. Plus de 12 % sont déficients au point de vue du test verbal et non verbal. Retestés après un intervalle de deux ans, 19 sujets, dont l'état est inchangé ou s'est aggravé, ont présenté une chute nette dans le quotient vocabulaire ; 18 sujets, dont les attaques sont devenues moins nombreuses, ne présentent aucune baisse. Chez les épileptiques qui sont atteints de petit mal, on note une plus grande baisse du quotient vocabulaire que chez ceux qui souffrent de petit mal et de grand mal. L'infériorité des enfants épileptiques pour la mémoire immédiate est peu accusée. Leur supériorité pour l'élocution du mot est nette. Ils ne montrent aucune déficience dans le vocabulaire.

L. MARCHAND.

Les équivalents épileptiques, par FAHREDDIN KERIM GÖKAY (d'Istanbul). (*L'encéphale*, 1952, n° 1).

Statistique, selon les âges, des crises et des équivalents chez 709 épileptiques. Les résultats thérapeutiques les plus constants ont été obtenus par les bromures associés à un régime alimentaire et à des prescriptions d'hygiène sociale.

R. C.

Facteurs afférents dans la pathogénie de l'accès épileptique (Fattori afferenti nella patogenesi dell' accesso epilettico), par Mario GOZZANO (de Bologne). (*Archivio internazionale di studi neurologici*, Vol. 1, fasc. 3, juin 1951).

Divers facteurs afférents peuvent intervenir dans le déclenchement de l'accès convulsif épileptique. L'auteur les passe en revue, en donnant leur interprétation physiologique. Puis il étudie plus particulièrement la question de l'épilepsie photogénique, de grande importance doctrinale et le problème de la désafférentation dans le but de supprimer ou de diminuer la convulsibilité. La pathogénie des crises convulsives demeure complexe. Certains points demeurent encore obscurs.

V.-J. DURAND.

Epilepsie sensitive due à une tumeur homolatérale, par P. CASTAIGNE, HELD et LECABLE. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 20 juin 1952).

Crises sensibles typiques du membre supérieur gauche avec signes de souffrance électro-encéphalographique du lobe pariétal gauche en rapport avec un gliome pariéto-occipital. Les auteurs commentent la rareté de pareilles crises ipsilatérales.

L. R

Epilepsie motrice localisée révélatrice d'une acidose diabétique, par P. CASTAIGNE, R. HOUDART et A. BUGE. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 20 juin 1952).

Observation d'un état de mal jacksonien du membre supérieur gauche. Découverte à cette occasion d'une acidose diabétique. Le traitement de cette dernière fait disparaître aussitôt les crises d'épilepsie. Les auteurs commentent le caractère anormal d'un tel fait.

L. R.

Nouveautés dans le domaine psychiatrique : L'épilepsie photogénique et le photochoc (Novità nel campo psichiatrico : l'epilessia fotogenica e il fotoshock, par Domenico Rossi (de Nocera Inferiore). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 5, n° 4, juillet-août 1951 p. 137-158).

Une revue générale est faite par l'auteur sur les récents travaux des écoles de Marseille et de Montréal en ce qui concerne les formes d'épilepsie photogénique, les modalités d'action des excitations lumineuses intermittentes sur le déclenchement des accès convulsifs et le nouveau procédé de sismothérapie constitué par le photochoc. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'agalmatoremaphobie (la peur de la statue parlante) (L'agalmatoremaphobia. La paura della statua parlante), par E. MEDEA (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, XIII^e année, fasc. 1, janvier 1952, p. 75-76).

L'auteur rapporte un cas intéressant observé chez une jeune femme, de 27 ans, cultivée, sans autre signe névropathique, de la peur de voir, au cours de la visite de musées, les statues se mettre à parler : le phénomène ne s'accroît pas et n'est pas modifié par les facteurs ovariens. Le mécanisme demeure obscur. Une étude psychanalytique pourrait, peut-être, donner quelque résultat. L'auteur propose pour cette peur particulière le terme d'agalmatoremaphobie.

V.-J. DURAND.

Les syndromes psychiques frustes ou mineurs par imprégnation bacillaire, par G. AYMES. (*Sud médical et chirurgical*, t. 86, 31 juin 1953, p. 2609-2622).

L'auteur expose le tableau symptomatique des manifestations neuropsychiques susceptibles d'être considérées comme de nature tuberculeuse atypique, encore assez flou et difficile à affirmer souvent avec d'autres critères que les éléments cliniques. La « patraquerie » de Burnand est faite de syndromes dépressifs souvent d'ordre psychasthénique ou neurasthénique, de dyscœnesthésie splanchnique, de polyalgies fugaces et erratiques, d'asthénie isolée avec fébricule vespérale ; certaines anorexies mentales peuvent y être attribuées. L'auteur admet avec A. Crémieux l'existence d'une personnalité pré-tuberculeuse, avec sentiments d'abandon et d'inassouvissement affectifs. La thérapeutique doit être nuancée, comme le diagnostic, et l'isoniazide autorise de grands espoirs.

J. ALLIEZ.

Subdivision clinique du groupe schizophrénie, par G. LANGFELDT (d'Oslo). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 1, n° 10, 1951, p. 141-153).

Le grand développement du concept de schizophrénie a amené de grandes difficultés dans la comparaison des résultats obtenus dans les divers pays. Il faudrait arriver à un groupement permettant une meilleure connaissance. Le pronostic spontané des divers types de schizophrénie doit être plus clairement défini. Une étude prolongée des malades est nécessaire. Se basant sur son expérience personnelle, l'auteur distingue deux groupes principaux : 1° schizophrénies typiques se terminant spontanément par le déficit schizophrénique ; 2° psychoses schizophréniformes à évolution beaucoup plus favorable. On peut d'ailleurs diviser ce dernier groupe en formes présentant une évidence fortement indicative et en formes n'ayant qu'une valeur indicative faible. De toute façon, le pronostic est le facteur le plus important.

V.-J. DURAND.

Le diagnostic de schizophrénie, par G. LANGFELDT. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 2, août 1951, p. 122).

Les états mentaux classés sous le terme « schizophrénie » diffèrent d'une clinique à une autre. Cette extension du concept « schizophrénie » constitue un problème important, car il concerne l'étiologie, le pronostic de la maladie et les résultats des divers traitements subis par les schizophrènes. L'auteur demande que l'on classe les schizophrénies, soit sous le terme de schizophrénie typique, quand le diagnostic ne fait aucun doute, soit sous celui de « psychose schizophréniforme » quand le diagnostic n'est pas nettement établi. Il définit la schizophrénie typique une psychose qui, presque toujours, a un développement insidieux, se traduit par une modification progressive de la personnalité et par une symptomatologie initiale typique ; cette forme se confond avec la démence précoce et les psychoses paranoïdes. En utilisant cette classification, on pourrait établir ensuite le pourcentage des cas qui se terminent par la guérison sous l'influence des divers traitements modernes, leurs caractères étiologiques, leurs évolutions particulières, leurs modifications biologiques. La cardiazolthérapie et l'électrochothérapie ne donnent aucun résultat dans les schizophrénies typiques. Aucune référence des travaux français.

L. MARCHAND.

États dépressifs dans la période initiale de la schizophrénie (Stati depressivi nel periodo iniziale della schizofrenia), par C. Coen GIORDANA (de Venise). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 5, n° 3, mai-juin 1951, p. 175-187).

Des états dépressifs plus ou moins typiques et rappelant souvent beaucoup une authentique mélancolie, peuvent marquer le début de la schizophrénie. A titre d'exemple, l'auteur en rapporte dix observations résumées. De leur étude, il cherche à mettre en évidence les symptômes différentiels permettant de suspecter dès le début la forme schizophrénique et de conduire plus précocement au diagnostic exact. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

L'origine, le contenu et la forme des poèmes de schizophrènes, par F. MEERWEIN. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 66, 1/2, 1950).

Les productions artistiques, si banales soient-elles, reflètent la personnalité de leur auteur avec ses altérations et méritent ainsi d'être considérées avec soin chez les malades mentaux. M. F. Meerwein expose d'abord les critères d'après lesquels on peut juger des poèmes des schizophrènes : contenu, forme et mode de création, qui constituent le plus souvent les seuls mobiles de la composition. Il décrit ensuite trois poètes schizophrènes et il analyse longuement les rapports de leurs poèmes avec leur psychose. Il cherche aussi à vérifier le diagnostic d'un quatrième cas sur la base de ses productions littéraires. Il termine par un tableau comparatif de ces quatre cas.

H. BERSOT.

De la privation des parents et de la suppression du foyer familial dans la démence précoce et autres troubles mentaux, par J.-E. OLTMAN, J.-J. Mc GARRY et S. FRIEDMAN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 9, mars 1952, p. 685).

La perte des parents et le foyer familial détruit se retrouvent avec la même fréquence chez les malades atteints de démence précoce, de psychose maniaque-dépressive, d'états alcooliques, des autres psychoses que chez les sujets normaux. Pour les déments précoces et les maniaques dépressifs, la cause principale est la maladie mentale de l'un des parents. Le divorce, la séparation ou l'abandon s'observent surtout dans les familles où les parents ont une personnalité psychopathique et psychonévrotique. Les statistiques concernant les âges des parents, au moment où les enfants en ont été privés, ne donnent aucune indication spéciale. Il semble que, chez les schizophrènes, la privation de leurs parents a eu une influence quand elle a eu lieu avant l'âge de 20 ans. Aucune différence dans les formes de la schizophrénie chez les sujets qui ont été privés de leurs parents et ceux qui ne l'ont pas été. Les auteurs concluent que le développement de la démence précoce n'a aucun rapport avec les secousses extérieures et les privations. Ces considérations apportent des arguments en faveur du rôle joué par les facteurs hérédo-constitutionnels dans les psychoses majeures. D'accord avec les idées exprimées depuis plus de vingt ans par le signataire de cette analyse, les auteurs considèrent la démence précoce comme une maladie par déficience biologique basée sur des facteurs hérédo-constitutionnels. Cette conception ne doit cependant pas faire obstacle à toutes recherches thérapeutiques.

L. MARCHAND.

Un cas de catatonie, par J. CATHALA, P. AUZÉPY et Y. MATET. (*Bulletin de la Société de pédiatrie*, séance du 18 mars 1952).

Observation de confusion mentale primitive chez un rhumatisant de 14 ans traité par l'A.C.T.H. Les accidents survinrent brusquement. Après 19 jours de traitement, avec une dose de 100 mgr. d'A.C.T.H., soudain l'enfant se porta un coup violent à l'épigastre avec un couteau, puis tomba dans

un état de torpeur avec catatonie, négativisme, sialorrhée, mutisme, réactions d'opposition, refus d'alimentation, gâtisme. Cet état se prolonga pendant trois mois, puis progressivement se transforma : avec apparition de tics, de grimaces, de bizarreries. Cinq mois après le début, ayant retrouvé conscience et contrôle, le malade reste dans un état d'excitation légère hypomaniaque.

L. R.

Schizophrénie et intoxication mercurielle. Contribution à l'étude des psychoses mercurielles schizophréniformes, par Alfred BADER (de Lausanne). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, volume 68, fascicule 2, Zurich, 1952).

Deux observations de psychose mercurielle à allure schizophréniforme. Dans la première, psychose réactionnelle schizoïde neuf ans après le début de l'intoxication mercurielle. Guéri depuis onze ans de cette psychose réactionnelle, le malade continue à présenter le syndrome de l'intoxication mercurielle. Une sœur du malade avait présenté un état psychopathique analogue après un violent choc émotif.

Dans la seconde observation, premiers symptômes schizophréniques dix ans après le début de l'intoxication mercurielle. Actuellement, prédominance des troubles organiques mercuriels avec symptomatologie schizophréniforme. Début en 1945. Etat stationnaire depuis 1948. Un frère du malade ayant également présenté un état schizophrénique est actuellement en état de rémission sociale. Après discussion, l'auteur conclut qu'il s'agit dans ce cas d'une psychose mercurielle schizophréniforme proprement dite, le facteur schizophrénique constitutionnel donnant son aspect à l'affection organique mais sans processus schizophrénique évolutif.

L'auteur cite l'opinion de Raffin sur ces psychoses mercurielles et rappelle que c'est lors de la publication du deuxième cas cité plus haut que le professeur H. Steck a mis en lumière l'intérêt du test de Rorschach dans les intoxications mercurielles.

R. C.

Comportement sexuel chez les schizophrènes après lobotomie ou leucotomie préfrontale (Comportamento sessuale in schizofrenici dopo lobo o leucotomia prefrontale, par V. CASTELLETTI (de Ferrare). (*Giornale di psichiatria e di neuropatologia*, fasc. 3, 3^e trimestre 1951, extrait de 12 pages).

Chez 24 malades atteints de schizophrénie et traités par leucotomie préfrontale, l'auteur n'a pas observé de modifications notables du comportement sexuel après l'opération. Ce qui se constate ordinairement, c'est une baisse de l'activité, avec indolence. Pour expliquer cette tendance, on peut invoquer, soit un retentissement sur le complexe hypothalamo-hypophysaire, soit la torpeur assez fréquente après l'intervention.

V.-J. DURAND.

Délire politique chez un paranoïde, par Joseph GABEL. (*L'évolution psychiatrique*, avril-juin 1952).

Etude et interprétation du système délirant d'un malade dont le caractère est classique et dont l'observation est incomplète quant à son passé.

Mais, écrit l'auteur, les renseignements obtenus de la famille auraient d'ailleurs été probablement de peu de valeur scientifique. Il s'agit d'un syndrome net de rationalisme morbide appliquant la logique schizophrénique à des thèmes sociaux et politiques d'actualité, d'où son cachet tout à fait particulier et à propos duquel l'auteur cherche à appliquer un des concepts essentiels de la philosophie marxiste : le concept de réification (*Verdinglichung*). Reconnaisant que l'interprétation d'un cas est toujours plus ou moins entachée de subjectivisme, l'auteur invite, en cours de route, ceux que ne satisfait pas l'explication suggérée à user de la possibilité d'en chercher une autre à l'aide des documents objectifs que fournit l'observation de ce malade qui se croit pape et a conçu un système de réformiste théocratique et « géométrisant ».

M. LECONTE.

La conception de l'autisme infantile précoce, par L. KANNER. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, juillet 1951, p. 23).

Les traits caractéristiques de l'autisme infantile précoce sont les suivants : une profonde aversion pour le contact avec les autres, un désir obsessionnel de n'avoir à supporter aucun changement dans son milieu. Chez ces enfants, la moindre modification dans leur entourage peut entraîner un violent accès de rage ; chez eux, on note le mutisme ou une sorte de langage qui n'a pas comme but d'entretenir une conversation avec d'autres personnes. Ces malades ne trouvent leur sécurité que dans la monotonie.

L. MARCHAND.

Les deux pôles extrêmes de la mythomanie. Psychomimétique et délire paranoïde, par Bernard SCHMITT. (*Revue médicale de France*, mai-juin 1951, n° 5-6, p. 215-226).

L'auteur rapporte deux intéressantes observations de mythomanes, l'un de structure psychomimétique, l'autre paranoïaque. A propos du premier, l'auteur montre que le psychomimétique finit toujours par croire à lui-même, essaie toujours de se réaliser dans ses phantasmes, se détruit toujours à chaque métamorphose, enfin est toujours un amoral.

V.-J. DURAND.

Psychoses produites expérimentalement, par P. H. HOCH. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 8, février 1951, p. 607).

La mescaline, qui est un stimulant cortical, a été administrée en injections intraveineuses aux doses de 0 gr. 4, de 0 gr. 6, à des schizophrènes et à des sujets normaux.

L'intoxication a pour résultat d'accentuer les symptômes schizophréniques et de provoquer chez les sujets atteints de schizophrénie latente des états psychotiques schizophrènes. On peut donc l'utiliser pour établir un diagnostic différentiel. Chez les sujets qui sont sous l'influence de la mescaline, l'électro-choc n'a aucun effet sur les symptômes. L'auteur a aussi expérimenté chez plusieurs malades l'intoxication mescalinique avant et

après les interventions psycho-chirurgicales. Il a noté que la mescaline peut réactiver les symptômes mentaux chez les sujets qui ont été améliorés par l'intervention chirurgicale, mais les symptômes sont toujours moins accusés.

L. MARCHAND.

NEUROLOGIE

Parkinsonisme post-abortionum, par J.-A. CHAVANY et M. VOGELIN. (*La Presse médicale*, 59, n° 83, 29 décembre 1951, p. 1812-1813).

Les auteurs rapportent le cas d'une femme de 38 ans ayant présenté au cours de manœuvres abortives (par sonde) une perte de connaissance immédiate, puis du trismus avec membres supérieurs raidis en extension et membres inférieurs faisant des mouvements de pédale. Le coma avec hyperthermie et quelques crises convulsives ne céda qu'au bout d'une semaine environ. Ensuite, se constitua graduellement un parkinsonisme à prédominance droite avec hypertonie, tremblement et diminution de la force musculaire. Depuis 1947, le tableau s'est maintenu assez stable. Les auteurs discutent de la pathogénie des troubles, penchant ici pour la théorie réflexe. Ils rapprochent les signes précoces observés de la rigidité cérébrale expérimentale, pensant à une atteinte du mésodiencephale. Il faut admettre l'existence d'une encéphalopathie réactionnelle s'objectivant par le syndrome parkinsonien.

V.-J. DURAND.

Le pronostic des lésions cérébro-vasculaires (La prognosi delle lesioni cerebro-vascolari), par Vittorio LUMIA (de Rome). (*Rassegna di studi psichiatrici*), vol. 41, fasc. 1, janvier-février 1952, p. 53-58).

181 cas de lésions cérébro-vasculaires ont été étudiés en ce qui concerne le pronostic. La mort survint en 24 heures, dans un tiers des cas d'hémorragie, 4 % de ceux de thrombose, 8 % d'embolies. Il y eut survie d'un mois de 8 % des hémorragies, 39 % des thromboses et la moitié des embolies. L'âge ne s'est montré un élément de valeur pour le pronostic que dans la seule thrombose. Les malades de moins de 60 ans peuvent survivre longtemps. La localisation dans les ganglions centraux pour l'hémorragie et la thrombose, dans les hémisphères pour l'embolie a donné les plus longues survies. Dans aucun cas d'hémorragie cérébrale, il n'y eut de mort subite.

V.-J. DURAND.

A propos des anévrismes des artères cérébrales associés à d'autres malformations, par M. BERGOUIGNAN et L. ARNE (de Bordeaux). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, août 1951).

Les auteurs, rappelant la fréquence des combinaisons d'anomalies congénitales, en rapportent deux observations. Dans la première, il s'agit d'une malformation vasculaire cérébrale découverte par artériographie chez un jeune homme de 17 ans, épileptique, présentant, d'autre part, des kystes pulmonaires avec bronchectasies et, probablement, des kystes rénaux. Le

second cas concerne un anévrysme cérébral au cours d'une neurofibromatose de Recklinghausen chez une femme de 60 ans. 7 figures.

R. C.

Etude électrophysiologique d'un cas d'anévrysme de la cérébrale antérieure. Retentissement cyclique sur le sommeil et le rythme cardiaque, par S. THIRY et M.-A. GEREBIZOFF (de Liège). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, avril 1952).

Observation d'un anévrysme de l'artère cérébrale antérieure gauche dont la rupture s'était faite dans la cavité du septum lucidum et qui avait entraîné de l'hypertension intracrânienne. Cet anévrysme exerçait une action cyclique sur le rythme cardiaque et sur les états de sommeil et de veille.

La compression par l'anévrysme des centres hypothalamique, hypnique et cardio-inhibiteur produisait le sommeil et la bradycardie qui s'accompagnait de chute de la pression artérielle, d'où affaissement de l'anévrysme, fin de la compression, laquelle à son tour amenait le réveil du malade, l'accélération du cœur, l'augmentation de la pression artérielle, la dilatation de l'anévrysme. Chaque cycle durait de 30 à 40 secondes.

Cas clinique confirmant la localisation de certains centres hypothalamiques et montrant l'influence de leur activité sur l'électro-encéphalogramme et sur l'électro-cardiogramme.

L. R.

Anévrysme cirsoïde géant du lobe frontal droit étendu à la voûte et au cuir chevelu. Exérèse en bloc par l'amputation du lobe frontal. Les conditions de l'hémostase, par Claude Gros et Gérard MARTIN (de Montpellier). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, juin 1951).

Chez un homme de 36 ans, long passé de crises épileptiques, syndrome déficitaire discret mais progressif, aggravation brusque à l'occasion d'une hémorragie cérébro-méningée, extension du processus angiomateux aux parties molles exocrâniennes, existence d'un souffle facilement audible à l'auscultation du crâne mais non perçu par le malade. Rythme thêta et delta dans la région frontale droite à l'électro-encéphalographie. Dans la même région, la radiographie montre des pertes de substance lenticulaires, irrégulièrement réparties. A l'artériographie cérébrale, anévrysme cirsoïde occupant la totalité des régions préfrontale et frontale droites. Longue opération avec succès, sous-anesthésie pentothal locale (8 heures). Les auteurs indiquent la technique et les difficultés de l'hémostase, la perte de sang étant compensée par une quantité équivalente en perfusion.

R. C.

Sur la séméiologie et l'évolution d'anévrysmes intracrâniens chez les syphilitiques, par Ch. J. KETELAER (Institut Bunge, Berchem-Anvers). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, juin 1951).

A propos de deux observations anatomo-cliniques, la première d'un anévrysme volumineux de l'artère basilaire, développé au cours d'une syphilis

vasculaire chez un homme de 46 ans, la seconde d'un anévrysme de la carotide interne droite, avec dilatation de la carotide gauche, chez une femme de 56 ans présentant une neuro-syphilis du type tabéto-paralytique avec arthropathies multiples et atrophie optique bilatérale, l'auteur révisé et discute les notions acquises sur l'étiologie syphilitique des anévrysmes intracrâniens, concluant à la prudence indispensable du diagnostic clinique et à la nécessité d'examen répétés. 6 figures.

R. C.

A propos du traitement des anévrysmes intracrâniens, par P. VAN GEHUCHTEN, J. MORELLE et A. DEREYMAEKER (de Louvain). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, juin 1951).

De six cas de ligature de la carotide interne pour anévrysme artériel intracrânien et de constatations anatomiques, les auteurs concluent à l'existence d'un mécanisme réflexe prenant son origine à la fourche carotidienne et provoquant un spasme des vaisseaux cérébraux homolatéraux. Sans nier le mécanisme ischémique brutal ni la possibilité d'embolie à partir du thrombus carotidien, ils pensent que l'hypothèse d'un spasme réflexe concorde mieux avec les faits cliniques, radiologiques et anatomiques qu'ils ont observés.

R. C.

Angiomes de la moelle et des racines, par H. ROGER, J.-E. PAILLAS, J. BONNAL et R. VIGOUROUX (de Marseille). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, juillet 1951).

Trois observations résumant la symptomatologie des angiomes médullaires, à localisation lombaire et lombo-sacrée avec atteinte des membres inférieurs et des sphincters. Les auteurs montrent les difficultés du diagnostic dans certains cas. Rappelant que la tendance actuelle en cas d'angiome est à l'abstention chirurgicale, ils concluent que, dans de nombreux cas, le diagnostic est cependant trop incertain pour qu'on soit autorisé à s'abstenir. La radiothérapie aussi peut favoriser les thromboses.

R. C.

Contribution à l'étude de l'angiomatose médullaire, par P.-Ch. VAN REETH. (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, mai 1952).

A propos d'une observation d'angiomatose télangiectasique du névraxe à foyers multiples, l'auteur étudie cette affection rare, expression d'une dysplasie mésodermique plus générale, et ses rapports avec les myélites nécrotiques subaiguës.

L. R.

De la physiopathologie et de la pathogénie de la paraplégie en flexion d'origine cérébrale, par Luis BARRAQUER-BORDAS (de Barcelone). (32 pages, in *Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, novembre 1952).

Après un exposé de la conception classique de la physiopathologie de la paraplégie en flexion d'origine cérébrale, l'auteur tire les conclusions suivantes de ses observations anatomo-cliniques personnelles.

« La paraplégie en flexion d'origine cérébrale résulte de l'action combinée de la dépression des activités myostatiques dépendantes du réflexe de traction, de la libération extrême des activités spinales du type fléchisseur (automatisme médullaire) et des stimulants stéréocéptifs qui maintiennent en continue activation le système cellulaire internoncial de la région intermédiaire. La lésion pyramidale bilatérale et avancée est nécessaire mais n'est pas suffisante, puisqu'elle n'explique pas la dépression des activités myotatiques de la dissociation réflexe qui sont les caractéristiques de la paraplégie en flexion. »

L'auteur croit qu'une évaluation exacte du rôle des lésions disséminées des systèmes centraux facilitants du réflexe de traction contribue beaucoup plus à expliquer les caractéristiques sémiologiques dont il révisé la topographie et la signification fonctionnelle.

L. R.

Etudes sur la paraplégie spasmodique familiale. La famille Tib...

Formes très précoces de la paraplégie spasmodique familiale avec idiotie et oligophrénie dans les branches collatérales, par Lucien APPEL et Ludo VAN BOGAERT. (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, novembre 1951).

A côté d'une paraplégie spastique extrêmement précoce, peuvent être observées, dans la même souche, des paraplégies spastiques congénitales (trois cas dans cette famille, descendants de père oligophrène). Dans ces observations de paraplégie spasmodique, sont notés l'automatisme médullaire, des troubles de la parole, de l'idiotie, des hypercinésies transitoires et des troubles trophiques des extrémités.

Dans l'un des cas, l'étude histo-pathologique a pu être faite et a montré : une dégénérescence pyramidale atteignant toute la moelle jusqu'au collet du bulbe, une légère atteinte du cordon de Goll, une gliomatose centro-médullaire. Ecorce motrice intacte. En conclusion, et en dépit d'un élément de la série dysraphique ou syringomyélique, cette observation appartient à la paraplégie spastique familiale.

R. C.

Etudes sur la syringomyélie. VI. Essai nosologique sur la syringomyélie (A propos de deux syndromes spastiques des membres inférieurs avec troubles sensitifs d'un type dissocié), par Michel-J. ANDRÉ (de Bruxelles). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, octobre 1951).

Après une introduction historique, l'auteur rapporte et discute deux observations. Il conclut que la forme cervico-dorsale de la syringomyélie est, de fort loin, la mieux caractérisée, que les relations entre la syringomyélie et l'hydromyélie sont nombreuses et intimes, cette dernière pouvant siéger uniquement dans la moelle dorsale et lombaire, ce qui contribue à la distinguer de la syringomyélie.

A propos des rapports de certaines formes de la paraplégie scoliotique avec la syringomyélie, il ajoute que, selon de nombreux indices, ces deux affections et l'hydromyélie pourraient avoir un lieu de rencontre qui est l'état dysraphique.

R. C.

A propos de l'ataxie aiguë type Leyden-Westphal (A proposito di atasia acuta tipo Leyden-Westphal), par L. BALIETTI et E. CORRADINI (de Macerata). (*Il Cervello*, 27^e année, n° 6, 15 novembre 1951, p. 432-441).

Sont rapportés dans cet article deux cas d'ataxie aiguë de type Leyden-Westphal, l'un chez un garçon de 5 ans, à guérison assez rapide, l'autre chez un homme de 43 ans, éthylique, à évolution plus lente vers la régression. A propos de ces observations, les auteurs évoquent les difficultés du problème pathogénique et en particulier la question discutée des rapports avec la sclérose en plaques. Ils placent le syndrome d'ataxie aiguë de type Leyden-Westphal dans le groupe des maladies vasculaires et inflammatoires du névraxe.

V.-J. DURAND.

Compression médullaire par hernie du disque entre 4^e et 5^e vertèbres cervicales (Compressione midollare da ernia del disco fra 4^e e 5^e vertebrale cervicale), par Mario NISTRÀ (de Florence). (*Rivista di neurologia*, vol. 21, fasc. 3, mai-juin 1951, p. 223-231).

L'auteur rapporte une compression de la moelle cervicale, chez un homme de 27 ans, par blocage discal entre les 4^e et 5^e vertèbres cervicales. Le tableau clinique comprenait des signes sensitifs et pyramidaux de nature irritative (paresthésies, douleurs, hyperréflexie, clonies) compliqués par des symptômes de déficit moteur cinq mois après un traumatisme cranien, dont le rôle a semblé très douteux. L'ablation d'un disque hernié a amené la guérison. Le cas est intéressant par le siège assez rare, les difficultés diagnostiques, les particularités sémiologiques. Radiographies. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les symptômes supralésionnels dans les compressions médullaires (I sintomi supra lesionali nelle compressioni midollari), par Vincenzo NERI et C. PAIS (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 21, fasc. 2, mars-avril 1951, p. 137-156).

Parfois instables, transitoires, d'autres fois permanents, exceptionnels, doublement trompeurs, les symptômes supra-lésionnels dans les compressions médullaires pourraient faire penser à une myélite disséminée, à une néoplasie cérébrale, à une sclérose en plaques, à une syringomyélie ou à des tumeurs multiples. Les auteurs attirent spécialement l'attention sur la genèse de ces signes s'appuyant, en plus de l'étude de la littérature médicale, sur 12 cas personnels avec contrôle opératoire. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Accidents nerveux au cours d'une maladie de Hodgkin très améliorés par l'A.C.T.H., par F. SIGUIER, J.-J. WELTI, G. GUIOT et P. LUMBROSO. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 7 mars 1952).

Observation d'une paraplégie hodgkinienne liée à la compression de la moelle par un feutrage mis en évidence grâce à l'exploration lipiodolée. Cette

paraplégie s'accompagnait depuis quatre mois d'une rétention d'urine complète nécessitant la mise à demeure d'une sonde. Or, au quatrième jour d'un traitement mixte par l'A.C.T.H. et la moutarde à l'azote, la miction spontanée se rétablit et la sonde put être enlevée, en même temps que se rétablit la circulation du lipiodol rachidien. Les auteurs pensent pouvoir attribuer à l'A.C.T.H. le rôle thérapeutique favorable dans cette observation.

L. R.

Granulome malin de Hodgkin et système nerveux (contribution clinique)

(Granuloma maligno de Hodgkin e sistema nervoso (contribuição clínica), par Enzo Azzi. (*Revista da Universidade Catolica de São-Paulo*, vol. 1, fasc. 1, janvier 1952, p. 90-112).

A l'aide d'observations personnelles et de l'étude de la littérature, l'auteur décrit le mécanisme pathogénique des syndromes neurologiques dans la maladie de Hodgkin, ainsi que dans les lymphopathies paravertébrales. La connaissance des formes nerveuses de la lympho-granulomatose maligne est très utile car, pendant longtemps, les lésions restent localisées. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Hémiplégie après pneumothorax (survie dépassant 12 ans), par P.-A. FINCK (de Genève). (*La Presse médicale*, 15 décembre 1951).

Alors qu'il faut souvent plus de 100 cc. d'air dans les veines périphériques pour que la mort s'ensuive par blocage du cœur droit, 10 cc. pénétrant dans les veines pulmonaires peuvent provoquer des embolies aériennes artérielles dans les organes et les symptômes sont avant tout cérébraux. De tels accidents peuvent survenir lors de l'instauration ou de la réinsufflation d'un pneumothorax si des adhérences pleurales empêchent la rétraction pulmonaire. L'auteur rapporte le cas d'une tuberculeuse de 38 ans, qui présenta brusquement lors d'une réinsufflation, après passage de 20 cc. d'air filtré : convulsions cloniques dans les membres du côté droit, déviation des yeux à droite, collapsus, coma, puis hémiplégie gauche, mydriase bilatérale, hémianopsie homonyme gauche, aphasia motrice qui régressera, hyperthermie. L'hémiplégie persista jusqu'à la mort qui survint près de treize ans après l'accident, survie très longue.

A l'examen du cerveau (820 gr.), atrophie de l'hémisphère droit et dilatation de la corne occipitale du ventricule droit dans la paroi de laquelle on trouve des ramollissements anciens histologiquement peu évolutifs et qui expliquent la dilatation ventriculaire, par diminution de la consistance du parenchyme, ramollissements vraisemblablement dus à des embolies gazeuses dans les rameaux postérieurs de l'artère cérébrale moyenne droite. L'hémianopsie homonyme gauche est attribuable à l'amincissement des radiations optiques droites. Il n'y a pas d'artériosclérose et les artères correspondant aux ramollissements ne sont pas oblitérées.

L. R.

L'électroencéphalogramme de la méningite tuberculeuse par R. DEBRÉ, H.-E. BRISSAUD, A. LERIQUE-KOECHLIN et S. BALSAN. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 14 décembre 1951).

Résultats de l'analyse de 804 tracés électriques enregistrés en quatre ans chez 251 enfants atteints de méningite tuberculeuse. Après avoir défini les altérations observées, les auteurs en distinguent quatre degrés et montrent la valeur de cette classification pour le pronostic. La confrontation avec les données de l'observation clinique témoigne que le type de l'électro-encéphalogramme initial peut la corriger ou la compléter. La prédominance des altérations sur certaines dérivations est ensuite envisagée. La prédominance antérieure est plus grave, car elle apparaît en même temps que s'aggrave le type des altérations et coïncide aussi avec les troubles de la conscience. Des tracés successifs précisent l'accentuation de ces données initiales. Leur étude montre que la gravité du premier tracé ne commande pas seulement le pronostic immédiat, mais aussi le risque plus ou moins grand de reprise ou de rechute tardive. Au cours d'une maladie désormais de longue durée, des localisations électriques peuvent se manifester secondairement, elles précèdent et annoncent parfois les accidents cliniques. Les asymétries acquièrent une grande valeur pour le pronostic vital et fonctionnel lorsqu'elles sont durables. Certaines anomalies du tracé électrique peuvent persister après la guérison clinique de la maladie.

L. R.

Aspects électroencéphalographiques et cliniques de la leucoencéphalite sclérosante subaiguë. Leur valeur au point de vue du diagnostic différentiel avec d'autres encéphalopathies subaiguës et certaines tumeurs de l'enfance, par Joseph RADERMECKER et Jos. MACKEN (d'Anvers). (30 pages, 7 fig. dans le texte et 4 planches hors-texte. *Revue neurologique*, 1951, 2^e semestre, n^o 5).

En conclusion de cette importante étude de la leucoencéphalite sclérosante subaiguë, affection qui mérite l'attention des psychiatres et des neurochirurgiens, les auteurs mettent en lumière le syndrome électro-encéphalographique spécial qui la caractérise et consiste essentiellement dans l'apparition périodique, sur un tracé de fond de plus en plus profondément altéré, de complexes d'ondes lentes irrégulières. Ces paroxysmes, constants dans un même tracé, sont variables dans leur forme d'un tracé à l'autre, de même que l'intervalle qui les sépare. Ils ont un rapport temporel évident avec les secousses myocloniques.

Tenant, avec prudence, de préciser les corrélations histopathologiques et bioélectriques, les auteurs insistent sur les caractères de localisation qui distinguent la leucoencéphalite sclérosante subaiguë des autres encéphalites (atteinte grave thalamo-hypothalamique, dentelée, et des régions ventrales du pont, infiltration diffuse de la substance blanche cérébrale) et sur les caractères qualitatifs (œdème subaigu précocement sclérosant dans la substance blanche, infiltrations gliales diffuses ou noduleuses, lésions cellulaires individuelles ou par foyers discrets dans la substance grise). Ce mélange spécial de lésions est mis par eux en corrélation avec le syndrome électro-encéphalographique particulier.

Une corrélation électro-histopathologique des encéphalites ne pourra être établie qu'en présence d'un grand nombre de cas suivis à la fois au point de vue clinique, bioélectrique et anatomique. Les auteurs rapportent trois observations, soulignant l'autonomie de la leuco-encéphalite et son diagnostic avec des tumeurs de la base et du tronc cérébral par les profils électro-encéphalographiques.

R. C.

A propos de deux observations d'encéphalopathie arsenicale. Considérations cliniques, électroencéphalographiques et thérapeutiques, par J. ROGER et A. ROGER. (*Marseille-médical*, 89^e année, 1952, n° 7, p. 357-368).

Chez deux sujets jeunes, non syphilitiques, un traitement par les arsenicaux pentavalents a amené l'installation d'une encéphalopathie grave avec signes d'atteinte prédominante du tronc cérébral : coma, hypertonie de décérébration, mouvements anormaux qui ont pris dans l'un des cas un caractère ballique, avec évolution foudroyante mortelle. L'autre observation a été plus favorable ; des tracés électro-encéphalographiques pris en série ont montré la substitution aux images d'atteinte diffuse par œdème cérébral, présentes aussi au cours de la brève évolution du premier cas, de tracés traduisant électivement l'atteinte des formations réticulaires du tronc cérébral et du mésocéphale. La trépanation décompressive avait permis d'attendre l'action du traitement par le B.A.L. et les anti-histaminiques.

J. ALLIEZ.

Un cas anatomo-clinique d'encéphalopathie arsenicale, par G. DE MORSIER et H. FELDMANN (de Genève). (*L'encéphale*, 1951, n° 2).

Observation d'encéphalopathie arsenicale chez un jeune homme de 26 ans, au cours d'un traitement anti-syphilitique. Mort rapide en état de mal épileptique. Examen anatomique. 7 figures.

R. C.

PSYCHANALYSE

Psychiatrie et psychanalyse, par G. HEUYER (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 10 novembre 1953).

Après un rappel des apports de la psychanalyse à la psychiatrie, le professeur G. Heuyer expose qu'avec la médecine psychosomatique, la psychanalyse tend à envahir la médecine générale et même la chirurgie. Il estime donc opportun de savoir comment les psychanalystes sont recrutés et comment ils exercent leur discipline ; actuellement, ils sont investis par la Société parisienne de psychanalyse, organisme privé, qui délivre un diplôme en dehors de tout contrôle universitaire ; une psychanalyse didactique coûte très cher aux étudiants qui veulent avoir ce diplôme ; dans la pratique, les traitements psychanalytiques sont réservés aux malades riches et risquent de se prolonger au delà des limites logiques. La psychanalyse, discipline nouvelle, pose des problèmes de déontologie ; elle n'a pas d'autonomie et est intégrée à la psy-

chiatric. Les psychanalystes doivent être médecins et psychiatres qualifiés. L'enseignement doit être donné dans le cadre de la Faculté de médecine. L'exercice de la psychanalyse doit obéir aux règles de la déontologie médicale. Ultérieurement devra être résolue la question des auxiliaires médicaux qui collaborent avec les psychiatres et les psychanalystes et qui attendent leur statut.

(L'Académie a renvoyé la question, pour étude, à la Commission de déontologie).

L. R.

Psychanalyse et pratique psychiatrique, par A. HESNARD. (*Sud médical et chirurgical*, t. 86, 31 juin 1953, p. 2598-2604).

Exposé d'ensemble de la valeur explicative et thérapeutique de la psychanalyse, dont les applications débordent le domaine des névroses et permettent une meilleure compréhension de la psychiatrie et des sciences de l'homme en général.

J. ALLIEZ.

La nature fondamentale de l'anxiété (The fundamental nature of anxiety), par Charles BERG. (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 24, n° 4, 1951, p. 232-241).

Il y a deux méthodes principales d'étude de l'anxiété, l'une constructive, la plus souvent utilisée, l'autre, réductive, d'emploi rare, mais riche de possibilités, cherchant à aller jusqu'à la nature essentielle de l'anxiété. Après un rappel historique avec références particulières à Freud et Mélanie Klein, l'auteur, affirmant que la meilleure façon de comprendre l'anxiété est d'examiner son évolution phylogénique et son développement, discute de l'existence de phénomènes anxieux dans les diverses espèces vivantes et de leurs rapports avec les fonctions de croissance et de reproduction. S'arrêtant ensuite aux problèmes humains, il rappelle les liens entre frustration sexuelle et anxiété, les rapports avec la déssexualisation et la formation du moi. L'antithèse entre instinct et anxiété peut devenir l'antithèse entre « ça » et « moi ».

V.-J. DURAND.

Les rêves de trouver de l'argent (Dreams of finding money) par Richard M. GRIFFITH. (*American Journal of Psychotherapy*, vol. V, n° 4, octobre 1951, p. 521-530).

Le rêve « typique » de trouver de l'argent est étudié statistiquement. Sa valeur symbolique est analysée. Il se serait montré plus fréquent chez les jeunes gens que chez les jeunes filles ; on a constaté que ceux qui présentaient ce rêve étaient moins déprimés que ceux qui ne l'avaient pas montré. Cependant, chez les malades de l'hôpital, on peut noter que ceux qui avaient fait des tentatives de suicide avaient eu ces rêves. Chez les collégiennes, les rêveuses étaient plus hypomaniaques que les autres. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Genèse de l'érotisme dans les troubles mentaux de la femme, par René PAUL (de Bassens). (*La Presse médicale*, 10 mars 1952).

A propos de 12 cas d'érotisme dans un service psychiatrique de 560 malades femmes, l'auteur distingue, parmi les étiologies possibles : une origine somatique (hyper-excitation générale, inhibition corticale, trouble endocrinien, intoxication) et voit en l'érotisme par inhibition corticale des démen-ses séniles et des oligophrénies une preuve de plus de l'importance primordiale de l'instinct sexuel dans la sphère instinctuelle de l'individu ; une origine mixte somato-psychique ; une origine psychique (érotismes de « mortification », de « libération », de « frustration », de « réminiscence »),

Sur les 12 cas observés, 4 seulement sont rattachés par M. René Paul à une origine somatique, tous les autres dépendant d'un facteur psychogénétique. Il conclut à l'importance de ce dernier facteur dans la genèse de l'érotisme au cours des troubles mentaux de la femme et à sa valeur sémiologique autant que pronostique.

L. R.

Le concept de libido de l'adulte et le complexe de Lear (The concept of adult libido and the Lear complex), par Arpad PAUNCZ. (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 5, n° 2, avril 1951, p. 187-195).

A côté du complexe d'Edipe et de celui d'Electre, l'auteur propose la description du complexe de Lear : attachement libidineux du père pour sa fille. La formule pourrait être : « Le père élimine sa femme et épouse sa fille. » L'introduction du concept de libido de l'adulte essaie de révéler les pulsions instinctives de l'adulte pour les enfants. Le complexe de Lear représente une lutte interne entre les aspirations de la conscience et les forces des instincts. Cette lutte peut conduire au développement des névroses. Ces deux notions nouvelles peuvent se montrer importantes pour la psychopathologie de l'âge moyen. L'auteur se propose de continuer ses recherches.

V.-J. DURAND.

ANATOMIE

Circulations cérébrale et rétinienne, par P. BAILLIART, F. JOURDAN et J. HEYRAUD. (*La Presse médicale*, 31 mai 1952).

Afin d'apprécier la similitude des circulations cérébrale et rétinienne, les auteurs ont observé dans le même moment les artérioles cérébrales par la méthode du hublot et les artérioles rétiniennes à l'ophtalmoscope. Cette étude expérimentale, faite sur le chien chloralósé, leur a permis de conclure à l'étroite parenté des territoires vasculaires cérébral et rétinien.

L. R.

Contribution à l'étude de la cytoarchitectonie de la corne antérieure de la moelle épinière humaine (Contributo allo studio della citoarchitettura del corno anteriore del midollo spinale umano), par Luigi de LEONARDIS (de Florence). (*Archivio internazionale di studi neurologici*, vol. 1, fasc. 3, juin 1951).

Les études anatomiques faites par l'auteur sur 20 moelles épinières ont montré une augmentation des cellules de la corne antérieure parallèle aux

dimensions du corps et surtout à la longueur des neurones. La répartition cellulaire se fait à l'âge de 16 ans. Dans la vieillesse s'observe une réduction numérique et dimensionnelle des cellules. Il y a un rapport inverse entre dimension et concentration cellulaire ; les cellules du renflement lombaire sont plus grandes et plus nombreuses que celles du renflement cervical. Celles des groupes latéraux et médians des renflements sont moins grandes que celles des groupes postérieurs. Des graphiques et de nombreuses références complètent ce travail.

V.-J. DURAND.

Les données anatomiques de la neuro-brucellose, par Y. POURSIDES.
(*Marseille-médical*, 89^e année, 1952, n° 6, p. 283-295).

Les déterminations variées de la neuro-brucellose peuvent être rangées, suivant une perspective évolutive, en manifestations précoces, aiguës et en formes tardives et ultra-tardives, le deuxième groupe, très varié dans sa présentation clinique, étant aussi plus caractéristique. Les lésions des formes précoces aiguës, dont il existe peu de cas étudiés, se signalent surtout par la constance des manifestations méningées histologiques, le processus de névrite restant généralement au second plan. Dans les formes tardives, de localisation topographique diverse, il y a lieu de distinguer les cas à évolution subaiguë de ceux à lésions torpides et à détermination chronique. Dans ces premiers cas, il s'agit essentiellement d'une méningo-cortico-ventriculite. L'inflammation méningée est subaiguë, de type réactionnel, et prédomine à la base, le cortex comme la paroi ventriculaire présentant au contraire des lésions de nécrose de type lytique ou encore un aspect œdémateux particulier du type *Hirnschwellung*. Dans les formes tardives à évolution chronique, les lésions méningées restent de même nature mais avec une tendance sclérosante marquée. Les vaisseaux sont souvent altérés mais le parenchyme nerveux présente des altérations moins marquées que dans les cas à évolution aiguë ou subaiguë. La ventriculite ulcéreuse y est par contre aussi remarquable.

L'auteur insiste sur l'importance de l'inflammation méningée, élément princeps des lésions. Elle est de nature subaiguë, susceptible de régression mais aussi d'évolution productive et sclérosante lointaine et sa topographie est diffuse et étendue. Les lésions vasculaires, quoique parfois importantes, paraissent contingentes. La souffrance parenchymateuse nerveuse est variable et il y a lieu de remarquer surtout la valeur significative des troubles métaboliques entraînant la dégénérescence ou la nécrose cellulaires ; la théorie allergique paraît nécessaire pour expliquer le développement de ces aspects lésionnels, qui ne sont pas liés seulement à la neuropathie toxique.

J. ALLIEZ.

Les bases anatomiques des localisations cérébelleuses, par le professeur A. BRODAL (d'Oslo). *Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, novembre 1953.

En conclusion de cette conférence à l'Université libre de Bruxelles, le professeur A. Brodal souligne la nécessité d'études ultérieures sur les connexions du cervelet pour une connaissance approfondie des localisations. Il insiste sur l'importance de l'étude des fibres amyéliniques et de l'étude des connexions synaptiques. Il conclut à la certitude d'une systématisation fon-

tionnelle du cervelet et d'une systématisation somatotropique dans certaines de ses subdivisions. Le cervelet reçoit d'autres fibres afférentes que les neurites proprioceptifs. Il est en connexion intime avec d'autres régions (moelle, noyaux vestibulaires, cortex cérébral; diverses structures sous-corticales) par des voies à double sens. L'existence de telles connexions à double direction accroît la difficulté de saisir les interrelations fonctionnelles, plus complexes que l'on n'est enclin à le penser. D'où la nécessité d'études complémentaires.

R. C.

Contribution à l'anatomie pathologique du syndrome neurotoxique des diarrhées chez les nourrissons, par S. KNEZEVIC et M. KNEZEVIC (de Zagreb). (*La Presse médicale*, 20 février 1952).

Se basant sur une trentaine des cas examinés, au point de vue anatomo-pathologique, les auteurs concluent qu'il y aurait un grand intérêt à suivre le sort des enfants guéris d'athrepsie. Ils ne peuvent être guéris des adhérences constatées des méninges et de la gliose du tissu cérébral. Il semble probable aux auteurs que ces faits sont à l'origine des méningites et des encéphalopathies chroniques de l'enfance et ils estiment que le pourcentage des encéphalopathies organiques est plus grand que celui des encéphalites héréditaires.

L. R.

Etude anatomique de quatre cas d'état de mal épileptique, par I. BERTRAND et D. G. F. HARRIMAN. (*Revue neurologique*, t. 88, n° 4, 1953, p. 249).

Dans deux cas, il s'agit d'épilepsie idiopathique et, dans deux autres, d'épilepsie symptomatique (kyste cérébral et traumatisme crânien). La prolifération gliale s'observe sous la pie-mère de l'écorce cérébrale et du tronc cérébral, sous l'épendyme des ventricules; elle présente les caractères d'une prolifération active: comme autres altérations, on note la stase vasculaire, de petites suffusions hémorragiques et des concrétions calcaires périvasculaires. S'appuyant sur les conceptions de neuropathologistes, entre autres de Spielmeyer et de Scholz, sur les constatations anatomo-pathologiques faites dans leurs quatre cas, les auteurs soutiennent l'hypothèse que la gliose que l'on note dans le cerveau des comitiaux résulterait de l'anoxémie prolongée existant au cours des crises convulsives et par conséquent ne serait pas la cause pathogénique de l'épilepsie chronique. L'auteur de cette analyse fera remarquer que les exemples d'état de mal dont les lésions sont aiguës, mais réversibles comme on le constate après les examens d'encéphale ayant subi des séries d'électrochocs, ne peuvent servir à confirmer ou infirmer le rôle de la sclérose névroglique dans la pathogénie de l'épilepsie chronique.

L. MARCHAND.

La radionécrose cérébrale expérimentale provoquée par radiothérapie de contact, par J. GUILLAUME, I. BERTRAND, P.-L. GÉRARD, J. PECKER (de Paris). (*La Presse médicale*, 20 février 1952).

Les imperfections et les insuffisances des techniques radiothérapiques employées dans le traitement des gliomes des hémisphères cérébraux ont été

largement soulignées ces dernières années. Une des difficultés provient de la mauvaise accessibilité de ces tumeurs aux radiations. Les techniques d'irradiation directe peuvent, dans une certaine mesure, permettre une meilleure stérilisation des cellules néoplasiques. Avant d'entreprendre une telle thérapeutique chez l'homme, les auteurs voulant apprécier expérimentalement ses limites et ses risques éventuels, apportent dans cette note les résultats anatomiques obtenus par contact-thérapie sur le cerveau de lapin.

Chez le lapin les applications de contact-thérapie à cerveau ouvert provoquent des lésions nécrotiques graves, mais peu étendues au-dessus de 12.000 rayons et des accidents nerveux importants à partir de 30.000 rayons. Pour des doses modérées, il n'existe pas de lésions vasculaires ; avec 24.000 rayons la participation vasculaire est évidente et dépasse la zone de nécrose primitive. Aux doses plus fortes, la nécrose procède à la fois de l'action directe sur le parenchyme cérébral et de l'action vasculaire qui demeure cependant segmentaire.

Les applications possibles à la thérapeutique des gliomes des hémisphères cérébraux de l'homme doivent cependant n'être envisagées qu'avec prudence.

L. R.

Réaction de Jarisch-Herxheimer dans la neurosyphilis (Reaccion de Jarisch-Herxheimer en neurosifilis), par Raul JERI, García CACERES et J. Arias STELLA. (*Revista de neuropsiquiatria*, Lima, t. 13, n° 4, décembre 1950, p. 589-608).

Les auteurs présentent deux cas probables de réaction de Jarisch-Herxheimer de type encéphalique. Les lésions anatomo-pathologiques, au niveau du système nerveux, comprenaient des changements dans les méninges et le système vasculaire, avec œdème important, congestion variable et infiltration périvasculaire avec cellules polymorphonucléaires. Les photographies des pièces macroscopiques et les microphotographies des zones caractéristiques sont présentées. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'infiltration néoplasique des nerfs périphériques, par M^{me} H. LEGAIT DE RAMAIX (de Fribourg). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, février 1952).

De recherches personnelles, entreprises à la Clinique Mayo sous la direction du Dr J. W. Kernohan, sur 38 infiltrations néoplasiques de nerfs cérébro-spinaux et 40 infiltrations de nerfs sympathiques, l'auteur conclut que l'envahissement néoplasique des nerfs périphériques s'effectue le plus souvent par propagation de proche en proche d'éléments de voisinage à travers l'épînèvre et le périnèvre, mais peut s'effectuer, exceptionnellement, par voie vasculaire aux dépens d'éléments éloignés. Cet envahissement est rendu relativement lent par la résistance qu'opposent les divers constituants des nerfs, et particulièrement le périnèvre, à la pénétration des éléments néoplasiques. La dégénérescence précoce des fibres nerveuses au cours de l'envahissement néoplasique des nerfs paraît secondaire à des modifications du métabolisme de ces fibres. Au cours de l'infiltration néoplasique des nerfs périphériques, les douleurs vives et localisées sont symptomatiques de lésions dégénératives des fibres nerveuses. 6 figures.

R. C.

BIOLOGIE

L'acide neuraminique dans le tissu cérébral du rat blanc, par M^{lle} C. CHATAGNON et M. P. CHATAGNON. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 19 décembre 1953).

L'acide neuraminique ($C_{10}H_{19}O_9N$) est un constituant constant du tissu cérébral du rat blanc et à des taux comparables à ceux trouvés dans le cerveau de l'homme et du bœuf (autour de 200 pour des cerveaux de 1 gr. 35 à 1 gr. 50). Sa présence dans le tissu nerveux peut soulever l'hypothèse de son rôle d'union entre les lipoides sucrés et les réseaux de protéines. Son action, toutefois, ne se limite pas au tissu nerveux, rappelons notamment sa présence dans la mucine des glandes salivaires et les muco-protéines de l'urine.

L. R.

Etudes sur la physiologie de la conscience : données oxymétriques du rôle de l'anoxie dans certains états psychiatriques, par W. Lovett DOUST. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 44, 9 janvier 1951, p. 347).

Les études ont été faites au moyen d'un oxymètre spectroscopique. On mesure en quelques secondes la saturation en oxygène du sang dans les petits vaisseaux ; le principe est basé sur le fait que la transmission de la lumière par l'oxyhémoglobine diffère de celle transmise par l'hémoglobine réduite. L'auteur fit ses recherches au niveau de la peau de l'ongle du doigt. Par comparaison avec les fluctuations notées chez des sujets en bonne santé, les malades atteints de psychonévrose présentèrent de grandes variations sous l'influence de stress mineurs. Une anoxémie inférieure à 92 % fut caractéristique chez les déments précoces, les catatoniques et les hébéphréniques. Ni l'âge, ni le sexe, ni la durée de la maladie ne paraissent intervenir dans les modifications oxymétriques.

L. MARCHAND.

Recherches biologiques sur le choc émotionnel, par J. DELAY, B. LAINÉ, J. PUECH et J. CLAVREUL (*L'encéphale*, T. 43, 1953, n° 4, p. 289-319)

Rappelant quelques applications anciennes des chocs émotionnels, les auteurs décrivent une méthode utilisant un simulacre d'électro-choc, le malade assistant à une séance faite sur un autre sujet. Une injection intraveineuse de pentothal est pratiquée au moment de l'application des électrodes. Un tel procédé est efficace dans certaines formes de dépression. Il permet aussi des recherches biologiques, des mesures et des prélèvements étant effectués avant et, à différents stades, après le choc émotionnel. La tachypnée, l'hypertension artérielle, la tachycardie sont constantes. La lymphocytose est habituelle chez les psychotiques. Les auteurs comparent les données obtenues avec celles classiquement observées. Tableaux, graphiques, bibliographie.

V.-J. DURAND.

Étude de l'initiative psychomotrice et de la mise en train volontaire chez le sujet normal et en psychopathologie, par H. BARUK, LIFSCHITZ M^{lle} R. MELZER (*L'encéphale*, T. 42, n° 3, 1953, p. 193-218).

Les auteurs ont étudié les ergogrammes de sujets normaux et de malades mentaux (37 schizophrènes, 11 déprimés, 9 maniaques, 7 paralytiques généraux, 5 épileptiques, 5 débiles et 14 atteints d'affections diverses). Les modifications du tracé se sont montrées particulièrement nettes chez les schizophrènes avec, le plus souvent (31 cas), altérations de l'initiative du mouvement et de sa relaxation, présence de plateaux, mise en train souvent lente et détente immédiate ; d'autres fois, conservation de l'attitude acquise à la dernière phase du mouvement. Il est très intéressant de prendre sur le même tracé la courbe de mise en train et celle de fatigue. Chez les schizophrènes, on peut voir une grande résistance à la fatigue. Chez des mélancoliques, des caractériels, peut se voir le phénomène du lâchage brusque. Dix figures représentant des tracés typiques.

V.-J. DURAND.

Sur l'excitabilité du sympathique. Influence de quelques drogues à ammonium quaternaire, par J.-J. POCIDALO, J. HIMBERT et C. TARDIEU (de Paris). (*La Presse médicale*, 13 février 1952).

Dans ce travail, effectué avec la collaboration technique de Mlle Lemerre, les auteurs étudient expérimentalement l'action d'un certain nombre de drogues à ammonium quaternaire (bromure de tétraéthylammonium, sels d'hexaméthonium et de pentaméthonium) sur l'excitabilité du système nerveux sympathique.

Ils ont entrepris cette étude à l'aide de trois tests utilisés séparément ou simultanément : l'excitation faradique du nerf splanchnique, l'excitation faradique du bout central du pneumo-gastrique sectionné au cou et l'excitation du bulbe. Ils ont pu montrer ainsi que l'injection tant de doses moyennes (thérapeutiques) que de doses massives de ces médicaments n'entraîne pas de sympathectomie chimique complète chez le chien. Bien plus, la répétition des injections de doses fortes entraîne une hyperexcitabilité du système sympathique (en particulier bromure de tétraéthylammonium et sels de pentaméthonium). Ces faits expliquent, en partie du moins, certaines déceptions thérapeutiques lors de l'utilisation de ces drogues.

L. R.

Les réflexes cardio-aortiques et sinu-carotidiens (I riflessi cardio-aortici e seno-carotidei), par Giuseppe PLUCHINO (de Voghera). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 40, fasc. 6, octobre-décembre 1951, p. 787-825).

L'auteur rappelle les données concernant la morphologie, les actions physiologiques et les réactions à certains médicaments des zones vaso-sensibles cardio-aortique et sinu-carotidienne. Il apparaît que les nerfs cardio-aortiques règlent, sous la stimulation de la tension artérielle au niveau de leurs terminaisons vaso-sensibles, le tonus vaso-moteur et cardio-inhibiteur et aussi, par voie réflexe, la sécrétion d'adrénaline. Le sinus carotidien est une zone réflexogène très sensible aux variations de la tension arté-

rielle. Cette zone règle la pression par l'intermédiaire de la sécrétion d'adrénaline. On peut admettre un réflexe sinu-hépatique, ainsi que la possibilité d'actions sur le centre respiratoire. Les problèmes soulevés par la physiologie des deux zones réflexes sont évoqués et discutés. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Considérations préliminaires à l'étude de la sénescence ; manifestations et formes cliniques, par M. RENAUD. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 18 mars 1952).

Si l'on envisage la sénescence comme l'ensemble des processus d'invololution normale de l'organisme, on y découvre un vaste domaine clinique aux manifestations nombreuses, diverses et étroitement intriquées. Mais si la symptomatologie est de type classique et relève de l'observation courante, il est moins aisé d'en reconnaître le mécanisme pathogénique et il est délicat de faire la part des facteurs génétiques et accidentels toujours étroitement associés.

L. R.

Quelle contribution peut donner à l'étude des activités psychiques la recherche électroencéphalographique ? (Quale contributo può dare allo studio della attività psichiche la ricerca elettroencefalografica ?), par Fr. Agostino GEMELLI O.F.M. et Leonardo ANCONA (de Milan). (*Rivista di neurologia*, vol. 21, fasc. 4, juillet-août 1951, p. 358-359).

Il semble difficile d'observer une corrélation entre l'activité psychique et l'électro-encéphalogramme et d'interpréter la signification de l'électro-encéphalogramme comme un fait psychophysiologique. Seules les modifications dues aux stimulations des récepteurs sensoriels font exception. L'électro-encéphalographie est une méthode inutile dans les laboratoires de psychologie, au moins pour l'état actuel de nos connaissances.

V.-J. DURAND.

Etude d'une activité électroencéphalographique méconnue : le rythme rolandique en arceau, par H. GASTAUT, H. TERZIAN et Y. GASTAUT. (*Marseille-médical*, 89^e année, 1952, n° 6, p. 296-310).

Les auteurs ont individualisé un rythme bioélectrique cérébral appartenant à la bande des fréquences alpha mais siégeant dans les régions rolandiques et de morphologie particulière, les ondes étant asymétriques par rapport à la ligne de base, « en arceau ». Ce rythme rolandique réagit électivement aux stimuli extéro-réceptifs et surtout proprioceptifs, d'ordre musculaire varié, extériorisant ainsi les relations somatotopiques et topographiques, particulières à la région rolandique. L'étude des comparaisons entre les autres rythmes corticaux amène à considérer ce rythme comme une variété de rythme bêta, amplifiée et dédoublée sous l'influence d'une hyperexcitabilité corticale locale ou généralisée. Dans le premier cas, il peut être dû à une irritation bilatérale, par exemple un méningiome para-sagittal, ou unilatéral, de nature diverse, mais d'une manière générale il est sans rela-

tion avec les affections irritatives épileptogènes. Lorsqu'il est bilatéral, il accompagne les syndromes d'hyperexcitabilité neuronique généralisée, fréquents chez de nombreux névropathes hyperémotifs, excités ou anxieux, ou encore simples dystoniques végétatifs. Dans l'ensemble, ces rythmes traduisent plus volontiers l'hyperactivité corticale en relation avec des afférences somesthésiques excessives que des processus lésionnels.

J. ALLIEZ.

Contribution à l'analyse expérimentale du cerveau frontal (Beitrag zur experimentellen Analyse des Stirn hirnes), par W. R. HESS (de Zürich). (*Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, vol. 7, fasc. 3-4, juillet 1951, p. 295-306).

L'auteur rappelle quelques effets obtenus chez le chat par excitation électrique des lobes frontaux. D'une façon générale, les effets ressemblent beaucoup à ceux provoqués par excitation du système extéroceptif sensitif en ce qui concerne la pression sanguine et la respiration. Des effets moteurs typiques ont été notés par excitation de l'aire orbitaire. Une déviation de la tête vers le côté opposé est obtenue par excitation de l'aire du cingulum. Des effets identiques peuvent être obtenus à des échelons inférieurs. Ils répondent, sans doute, à une irradiation non spécifique. Graphiques. Photographies.

V.-J. DURAND.

Comportements posturaux et cinétiques provoqués par stimulation sous-corticale chez le chat non anesthésié. Leur relation avec le « réflexe d'orientation », par H. GASTAUT, V. VIGOUROUX et R. NAQUET. (*Journal de psychologie*, juillet-septembre 1952).

Ces recherches visent à expliquer les crises épileptiques psycho-motrices. S'inspirant, tout en la modifiant, de la technique de Hess, les auteurs ont stimulé les structures sous-corticales d'un animal éveillé. Ils décrivent les réactions déviationnelles qu'ils ont obtenues et dont l'aspect varie suivant la nature, les conditions et le lieu de la stimulation. De nombreux phénomènes végétatifs et somatiques sont associés à ces réactions, en particulier la mimique qui évoque un comportement émotionnel et qui apparaît surtout lorsque l'on stimule les régions amygdalienne et péri-amygdalienne. Muskens et Hess expliquent ces déviations d'une manière mécanique, par la rupture, du fait de la stimulation, d'un équilibre de forces, et pensent que ces mouvements sont le premier temps stéréotypé d'un mouvement auquel les structures corticales donneront la précision nécessaire à l'acte, tandis que les auteurs pensent que ces déviations ont la valeur d'un geste intentionnel. Les réactions d'orientation vers le point d'intérêt sont plus fréquentes que celles de détournement. En réponse à des stimuli sensoriels, qui diffèrent par leur signification et non par leur nature, peut-être sont-elles liées à des phénomènes où entrent en jeu l'appréciation consciente, peut-être même le niveau cortical. « Il apparaît, concluent les auteurs, que nos stimulations provoquent un comportement somato-végétatif associé à un abaissement du niveau de conscience, c'est-à-dire provoquent les automatismes constamment rencontrés au cours des états confusionnels, notamment épileptiques. »

M. GLUGE.

Note préliminaire sur l'application d'une réaction de Mendelief simplifiée au diagnostic des tumeurs intracrâniennes, par R. JERMÉ et M. A. GEREBTZOFF (de Liège). *Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, septembre 1953.

Etude de la réaction de Mendelief, basée sur la coagulation du plasma hépariné au contact de sucs tissulaires (hypophyse, thymus, moelle osseuse, rate, leucocytes), d'humeurs (urine, salive et larmes), de globules rouges ou d'hémoglobine. Cette réaction, simplifiée, a été faite par ces auteurs dans 469 cas, dont 9 se rapportant à des tumeurs intracrâniennes. Ils concluent que « les tumeurs cérébrales, qu'elles présentent ou non des caractères histologiques de malignité, donnent des réactions négatives. Au contraire, les métastases de carcinome ou de sarcome, ou bien les sarcomes intracrâniens primitifs donnent des réactions positives. Malignité clinique et malignité sérologique vont de pair ; malignité histologique ne signifie pas nécessairement malignité sérologique ». Aussi serait-il « hasardeux d'intervenir dans les cas où la réaction de Mendelief est positive » et est-il alors nécessaire de procéder à un nouvel examen pour « dépister un éventuel foyer cancéreux extra-cranien ».

R. C.

Nouveaux points de vue sur la nature, les tâches et les progrès de la phoniatrie (Neuere Gesichtspunkte über Wesen, Aufgabe und Fortschritte der Phoniatrie), par Elimar SCHÖNHÄRL, (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, 31^e année, n° 10, octobre 1951, p. 493-503).

Tandis que la phonétique est l'étude de la formation de la voix, la phoniatrie est celle de la pathologie et de la thérapeutique de la voix. Le spécialiste doit avoir des connaissances très étendues, considérer l'individu tout entier, s'occuper des troubles aussi bien organiques que fonctionnels, et ne pas négliger le côté social. Des progrès importants ont été réalisés grâce à l'analyse des sons par des méthodes dérivées de celles d'Helmholtz, à l'enregistrement stroboscopique des mouvements des cordes vocales, au contrôle radiologique du larynx et aux mensurations proposées par Luchsinger. De telles études sont en plein développement. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

ENDOCRINOLOGIE

Conduite à tenir dans le traitement des arrêts de croissance, par Henri STÉVENIN. (*Le monde médical*, mars-avril 1952, p. 33-40).

La recherche des causes d'arrêt de croissance basée sur un examen complet, sur l'interrogatoire et les épreuves complémentaires, découvrira le plus souvent, de préférence aux étiologies rares (syphilis, tuberculose, carences, dystrophies osseuses, affections viscérales, infantilismes d'origine cérébrale), les facteurs essentiels : insuffisance thyroïdienne ou insuffisance hypophysaire. La première sera prouvée par la chute du métabolisme basal, et l'hypercholestérolémie ; la seconde, par les modifications des 17-cétos-

téroïdes et la réaction d'Aron. Un examen radiologique est souvent indispensable. En cas d'insuffisance thyroïdienne, le traitement comprendra : extrait thyroïdien, thyroxine ou protéines iodées. Dans l'insuffisance hypophysaire, l'hormone somatotrope en cures prolongées peut être utile de préférence à la folliculine, ou à la testostérone. Plus rarement, on emploiera les injections intra-ventriculaires d'air.

V.-J. DURAND.

Étude sur l'importance du facteur sexuel dans le premier développement (Studio sull' importanza del fattore sesso nel primo sviluppo), par M. SCHACHTER et S. COTTE (de Marseille). (*Il Lactente*, Parma, fasc. 3, mars 1951).

Etudiant chez de nombreux enfants le rôle du facteur sexuel dans le développement physique et mental du premier âge, les auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes. Les garçons sont plus précoces pour le développement des dents et pour la marche, tandis que les filles parlent et sont propres plus tôt.

V.-J. DURAND.

Un cas d'ambiguïté sexuelle, par CHEYMOL, JAMAIN, HENRY et LEGROS. (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 31 janvier 1952).

Observation d'androgynoïde. Il s'agit d'une « jeune fille » dont les auteurs exposent le bilan anatomique, histologique et hormonal. La gonade paraît histologiquement non fonctionnelle. Les dosages hormonaux ne permettent pas de conclusion sur la prépondérance des sécrétions masculines ou féminines. De la discussion, ressort avec quelle prudence il faut s'occuper de tels sujets au point de vue psychique.

L. R.

De l'obésité gynoïde à l'obésité androïde. L'hypercorticisme œstrogénique, par Léon LANGERON (de Lille). (*La Presse médicale*, 22 mars 1952).

Dans l'obésité, on peut distinguer, d'une part, l'obésité avec aptitude générale à fixer l'eau et le sel, d'autre part, un type morphologique, dont les aspects caractéristiques constituent les obésités gynoïde et androïde : ces deux aspects étant susceptibles de s'associer en type mixte variable et de se transformer de gynoïde en androïde. La cortico-surrénale joue un rôle important dans l'obésité elle-même, grâce à ses hormones anabolisantes, et dans l'établissement des caractères gynoïdes et androïdes, grâce à ses hormones œstrogènes ou androgènes, dont la prépondérance, la proportion réciproque, la transformation expliquent la réalisation de l'état gynoïde ou androïde. Cette notion d'un double rôle de la cortico-surrénale peut servir de lien commun entre les diverses obésités, en même temps qu'elle rend compte des associations et des complications possibles.

L. R.

Macrogénitosomie précoce avec pseudo-hermaphrodisme. Lésions anatomiques multiples : hyperplasie adénomateuse de la zone corticale des surrénales ; hyperplasie de la glande pinéale ; ganglioneurome abdominal et intra-rachidien, par Georges GUILLAIN et Ivan BERTRAND (*La Presse médicale*, 20 février 1952).

Cette observation anatomo-clinique de macro-génitosomie précoce présente un intérêt documentaire. D'une part, il existe une hypertrophie des glandes surrénales sans aucune tumeur maligne ; on constate seulement une hypertrophie adénomateuse de la substance corticale. On observe, d'autre part, une hypertrophie adénomateuse de la glande pinéale. Enfin, la lésion la plus importante, tout au moins au point de vue volumétrique, est une grosse tumeur, un ganglioneurome lombo-abdominal. N'ayant pas trouvé dans la littérature médicale de cas analogue, les auteurs signalent cependant que L. Barta a relaté, en 1948, un cas de puberté précoce au cours d'une neurofibromatose généralisée.

Dans cette observation, les lésions semblent être surtout d'ordre dysembryoplasique si l'on en juge par leur multiplicité et par le caractère térotoïde du ganglioneurome. Il semble que, entre le ganglioneurome, l'hyperplasie adénomateuse du cortex surrénal, l'hyperplasie adénomateuse de la glande pinéale, il n'y ait pas de rapports directs de causalité, mais qu'une même noxe, dont la cause initiale échappe, ait déterminé ces malformations multiples neuro-ectodermiques, d'origine vraisemblablement prénatale.

L. R.

Tumeur cortico-surrénale chez un garçon de 14 ans avec hyperfolliculinisme, par R. PICARD, J. HOREAU, J. P. KENNIS, M. HARDY, U. GUINOT et J. RANGE (de Nantes). (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 11 janvier 1952).

Volumineuse tumeur cortico-surrénale chez un garçon de 14 ans avec signes extrêmement marqués de féminisation, éventualité très exceptionnelle. Cette féminisation traduit une véritable inondation œstrogénique de l'organisme, l'élimination de la folliculine correspondant à celle d'une grossesse de quatre mois, et pose la question de l'origine cortico-surrénalienne des œstrogènes, la cortico-surrénale étant classiquement orientée dans le sens androgénique. Une deuxième particularité non moins exceptionnelle de cette observation est l'association à ce syndrome de féminisation d'un syndrome de Cushing.

L. R.

Sur la triiodothyronine, produit intermédiaire de la transformation de la diiodothyronine en thyroxine et sur sa présence dans le corps thyroïde, par J. ROCHE, S. LISSITZKY et R. MICHEL. (*Bull. de l'Académie de pharmacie*, séance du 5 mars 1952).

L'action de l'iode sur la diiodo-3-5-DL-thyronine donne naissance à la triiodothyronine comme terme intermédiaire de la formation de la thyroxine. Cet acide aminé triiodé a été caractérisé par radiochromatographie et isolé pour la première fois au cours du travail. Sa présence dans les protéines

thyroïdiennes a été démontrée. Il prend biologiquement naissance par condensation d'une molécule de mono-iodothyronine et est transformé en thyroxine par fixation d'un atome d'iode.

L. R.

Deux nouveaux cas de myxœdème acquis de l'adulte consécutifs à des injections d'huile iodée, par M. BAREAU (de Rennes). (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 7 mars 1952).

Présentation de deux nouveaux cas de myxœdème acquis de l'adulte consécutif à des injections d'huile iodée.

L. R.

Myxœdème d'origine centrale, par H.-P. KLOTZ et AVRIL. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 14 mars 1952).

Présentation d'une malade de 18 ans atteinte de myxœdème acquis de la première enfance. L'origine centrale de ce myxœdème, évoquée sur des arguments étiologiques, appuyée par des arguments électrologiques (anomalies de l'électro-encéphalogramme) et biologiques (anomalies du liquide céphalo-rachidien recueilli après encéphalographie gazeuse) semble pouvoir être affirmée par l'épreuve de la thyroestimuline (étude de la fixation thyroïdienne d'iode radioactif et de la cholestérolémie avant et après 15 jours de traitement par la thyroestimuline).

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Hibernothérapie et cure de sommeil en thérapeutique psychiatrique et psycho-somatique, par Jean DELAY, Pierre DENIKER et Yvan TARDIEU (de Paris). (*La Presse médicale*, 19 septembre 1953).

Les hibernothérapies constituent des traitements psychiatriques nouveaux complétant les méthodes biologiques de chocs. Ces traitements marquent une nouvelle étape, apportant des résultats très intéressants. Dans les cas de psychoses, elles ont permis de transformer l'atmosphère des services d'agités. Les auteurs soulignent les résultats très encourageants obtenus dans des affections psycho-somatiques. L'hibernation complète peut être regardée comme une thérapeutique d'exception qui trouve ses indications dans les psychoses suraiguës. Les hibernothérapies paraissent plus maniables et d'indications plus vastes que les cures de sommeil.

L. R.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau de la Société médico-psychologique pour 1954

Président : M. B. LOGRE.

Vice-président : M. Paul ABÉLY.

Secrétaire général : M. Xavier ABÉLY.

Secrétaires des séances : MM. M. BERGERON et P. SIVADON.

Trésorier-archiviste : M. O. GARAND.

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 janvier 1954*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital des Enfants-malades, 149, rue de Sèvres, à Paris (XV^e arrondissement), à l'amphithéâtre de la Clinique de neuro-psychiatrie infantile.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 janvier 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 février 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 mars 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Légion d'honneur

Est promu au grade d'*Officier de la Légion d'honneur* :

M. le D^r Robert VULLIEN, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique d'Armentières, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Est nommé *Chevalier de la Légion d'honneur* :

M. le D^r Paul COSSA, président du Conseil départemental de l'ordre des médecins des Alpes-Maritimes, neuro-psychiatre de l'hôpital de Nice, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Ordre de la santé publique

A été promu au grade de *Commandeur de l'Ordre de la santé publique* :

M. le D^r Frantz ADAM, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin).

A été promu au grade d'*Officier de l'Ordre de la santé publique* :

M. SISCO, directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Montdevergues (Vaucluse).

Ont été nommés au grade de *Chevalier de l'Ordre de la santé publique* :

M. le D^r René BERCEGEAY, médecin-chef du quartier psychiatrique des hospices de Morlaix (Finistère) ;

M. le D^r Edmond BURCKARDT, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld (Bas-Rhin) ;

M. le D^r André HÉDOUIN, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique du Bon-Sauveur, à Pont-l'Abbé-Picauville (Manche) ;

M. le D^r Maurice JOURDRAN, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique Saint-Robert, à Saint-Egrève (Isère) ;

M. SOULA, directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure).

Nominations

M. le D^r Michel CÉNAC est nommé médecin-inspecteur des hôpitaux psychiatriques de la Seine ;

M. le D^r Georges COLLIER est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne) ;

M. le D^r Jean GRAMBERT est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonctions d'hôpital psychiatrique public de Privas (Ardèche).

Directeurs administratifs :

M. BELAMAN est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) ;

M. FAURIE est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord).

Concours pour 3 places de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques du département de la Seine

Un concours sur épreuves et sur titres pour le recrutement de trois médecins-chefs de service des hôpitaux psychiatriques de la Seine s'ouvrira à Paris, au ministère de la santé publique, le 11 janvier 1954.

Inscriptions à la préfecture de la Seine (direction des affaires sociales) jusqu'au 27 décembre 1953 exclu.

THÉRAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE

La leucotomie en U. R. S. S.

Le professeur A. CHABANOV, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Moscou, a été récemment interviewé pour « Médecine et hygiène » par le Dr P. RENTCHNIK (de Genève). Nous relevons la question suivante et sa réponse.

M. P. RENTCHNIK. — *Quelle est la position de l'école soviétique en matière de leucotomie ? Nous en avons beaucoup parlé ces derniers temps ; nous savons que les Russes, après l'avoir pratiquée, l'ont désormais interdite ; pouvez-vous nous dire quelques mots sur cette leucotomie et sur les raisons qui en ont interdit l'usage en U.R.S.S. ?*

M. le professeur CHABANOV. — *En étudiant les résultats éloignés de la leucotomie, nous avons constaté que cette opération ne donne pas de bons résultats. Certains médecins s'étaient passionnés pour cette opération, mais nous avons constaté que lorsqu'on l'applique à des cas de maladies psychiques, on n'obtient aucun résultat.*

*
**

A noter encore, au cours de cette interview, cette phrase de *Bechterev*, citée par le professeur Chabanov : « Si, après une conversation entre médecin et malade, le malade ne se sent pas mieux, c'est que le médecin n'est pas bon. » (« Médecine et hygiène », 1^{er} janvier 1954).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1954 (1^{er} trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 85.547. — 1954.

C.O.A.L. 31.2330.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

ISONIAZIDE ET PSYCHISME

PAR

MAURICE POROT

Peu de temps après l'introduction en thérapeutique de l'isoniazide (*), quelques auteurs signalèrent des modifications généralement bénignes du psychisme des malades soumis à ce traitement.

D'autres auteurs essayèrent d'étendre au domaine psychiatrique l'emploi de la drogue nouvelle, bien que nos connaissances concernant son mode d'action sur le système nerveux restent des plus modestes.

C'est pourquoi nous pensons utile d'étudier successivement l'action de l'isoniazide sur le psychisme des tuberculeux, puis son action chez les malades mentaux, qu'ils soient ou non tuberculeux, et enfin de discuter les différentes hypothèses pathogéniques mises en avant pour expliquer ces actions.

A. — ACTION DE L'ISONIAZIDE SUR LE PSYCHISME DES TUBERCULEUX

1° *Les manifestations discrètes*

Peu après l'introduction de l'isoniazide dans la thérapeutique de la tuberculose, différents auteurs constatèrent des modifica-

(*) Dénomination officielle de l'hydrazide de l'acide isonicotinique ou isonicotinyl-hydrazide ou rimifon, etc...

tions du psychisme de leurs malades sous forme de troubles de la série *hypomaniaque*, le plus souvent : euphorie, exaltation intellectuelle, rire facile, s'accompagnant parfois d'une amélioration spectaculaire de l'état général et des signes fonctionnels tuberculeux. D'autres auteurs ont signalé l'excitation génitale, des modifications transitoires de la mémoire (Thomson, 36), une hyperesthésie sensorielle, notamment visuelle, qui faisait voir à un malade de Richard et Hunter (33) « les arbres plus verts et le ciel plus bleu ». Wacker et Bonard (38) parlent d'une sensation d'ébriété et d'une impression d'écran interposé entre l'idéation et la réalisation des actes.

Les premières photographies publiées par la grande presse montraient des tuberculeux du Sea-View Hospital hilares et dansant au pied de leur lit. On peut même se demander si cette vague d'euphorie n'avait pas, à l'époque, atteint les journalistes qui célébraient à l'envi le caractère « miraculeux » de cette nouvelle drogue...

De nombreux phtisiologues français que nous avons interrogés nous ont confirmé avoir observé chez leurs malades pulmonaires cette exaltation générale de tous les processus, avec parfois quelques altérations mnésiques ou sensorielles, analogues à celles qui avaient été signalées par les auteurs étrangers.

Mais elle n'est pas spécifique des tuberculeux pulmonaires traités à l'isoniazide. Arrighi de Casanova (1) l'a constatée également chez des malades tuberculeux osseux.

Une de mes malades est en train d'adopter un petit genre sautillant, souriant et niais, alors qu'avant le rimifon elle était du genre boudeur, qui en veut aux médecins qui ne savent pas la guérir ; son état de santé est le même, la fistule nullement influencée, mais, lorsque je passe la visite, elle n'a plus le geste tragique et le regard chargé de reproches comme auparavant, pour me montrer son pansement ; maintenant, au contraire, elle ne veut plus y penser et plaisante volontiers sur les menus incidents du sana.

Un homme également, un bon gros, mais un peu blafard, un triste, ficelé dans ses complexes et ses préoccupations familiales, adorant sa femme et sa petite fille, qui se désespérait de ne plus pouvoir retourner en famille, qui faisait, en dépit d'une suppuration très abondante, de perpétuelles demandes de sortie, ne demande plus du tout à partir après un mois et demi de rimifon. Il n'a plus les larmes aux yeux quand sa femme s'éloigne et il a fait venir son poste de T.S.F., placer une antenne, etc..., et là encore la suppuration est la même.

Ces deux observations témoignent à la fois de cette euphorie immotivée présentée par les malades, mais surtout du fait que cette action euphorisante de l'isoniazide n'est pas à mettre sur le seul compte de l'amélioration des lésions tuberculeuses, qu'elles soient pulmonaires ou osseuses, puisque, si elle est souvent parallèle à l'amélioration de l'état général, elle semble sans rapport direct avec l'état local de la tuberculose.

Certaines modifications n'intéressent que la sphère intellectuelle et parfois de façon plus fine.

Citons l'observation d'un médecin qui, après avoir pris 400 mgr. d'isoniazide par jour pendant quarante jours, nota, vers la fin du traitement, outre l'amélioration de son état pulmonaire et une augmentation marquée de l'appétit, tout à fait classiques, une exaltation assez artificielle, tant sur le plan intellectuel que sur le plan de l'humeur, sans euphorie manifeste, sans cette gaieté factice, cette jubilation intérieure signalée par certains malades. Cette exaltation intellectuelle l'incita à rédiger d'un seul jet de plume, avec une aisance inhabituelle, un article médical qui lui parut sur le moment d'un intérêt certain. Relu plusieurs mois après sa rédaction, si sa forme ne paraissait pas spécialement anormale, son contenu se révéla d'un intérêt plus discutable.

Nous avons eu l'occasion d'examiner un jeune kabyle assez fin, hyperémotif de longue date, qui nous avait été adressé par un confrère pour des symptômes assez subtils, mais bien dans la note de l'exaltation psychique et de la diminution du self-contrôle que l'on relève chez les malades traités par l'isoniazide. Après avoir pris, pour une tuberculose pulmonaire banale, 700 comprimés de rimifon environ, en deux séries, du mois de septembre 1952 au mois d'avril 1953, il vint se plaindre du besoin qu'il avait constamment de « mettre son grain de sel » dans des conversations qui ne le concernaient en rien et, notamment, dans des cas où la bonne éducation kabyle, — particulièrement délicate et sévère sur ce point —, aurait exigé qu'il s'abstint, même s'il avait quelque chose à dire ; pis encore, lors d'une réunion du village, à l'occasion d'élections, il avait osé s'élever contre le choix et les décisions des anciens, ce qu'il n'aurait jamais fait en temps normal. Cette façon de faire avait été jugée indécente par son entourage familial et, de fait, elle l'était réellement sur le plan des coutumes locales. Il faisait parfaitement la critique de ces faits, qu'il nous a rapportés lui-même.

Toutefois, tous les auteurs ne sont pas d'accord sur cette action euphorisante de l'isoniazide. Lorenz, Calden et Ousley (25) ont repris l'étude de l'action de l'isoniazide sur le psychisme des tuberculeux. 15 malades, choisis au hasard, ont été examinés

méthodiquement : par auto-observation du malade, par deux séries de tests, par examen d'un psychanalyste et par détermination du seuil de la douleur. Cette étude s'est montrée négative quant à une action psycho-stimulante de l'isoniazide.

Signalons enfin un autre aspect de l'influence de l'isoniazide qui, pour n'être pas rigoureusement psychique, n'en présente pas moins un intérêt théorique et pratique. Plusieurs phthisiologues nous ont signalé que les malades traités par cette médication tolèrent fort mal le vin et les boissons alcoolisées, non seulement en raison de douleurs gastriques ou de brûlures, assez fréquentes dans le traitement par l'isoniazide, mais plus souvent parce qu'ils acquièrent un véritable dégoût pour les boissons alcoolisées. H. Joly (1) nous a même signalé le cas de certains malades, alcooliques de longue date, qui préférèrent renoncer au traitement de leur tuberculose par l'isoniazide plutôt qu'à l'intoxication dans laquelle ils s'étaient réfugiés depuis longtemps. Duroux (9) a signalé récemment, chez un de ses malades, une telle intolérance sous l'effet de l'isoniazide et qu'il appelle « effet antabus associé ». Nous verrons plus loin les rapprochements curieux qui s'imposent entre les actions respectives de l'alcool et de l'isoniazide.

2° Les troubles psychiques plus accusés

C'est à Letailleur et Schmidt (23) que l'on doit la première observation française détaillée d'une psychose due à l'isoniazide.

Il s'agissait d'un jeune tuberculeux, dont la maladie s'aggravait de façon inquiétante depuis deux ans, malgré toutes les thérapeutiques, et qui avait présenté des réactions d'intolérance vis-à-vis des médicaments antérieurement utilisés : ictère lors des perfusions de P.A.S., labyrinthite gauche, vraisemblablement due à la streptomycine, prurit et secousses spasmodiques à l'occasion de deux cures d'isoniazide. C'est après avoir reçu 35 gr. de ce produit par voie veineuse, dose assez importante, qu'apparurent les troubles psychiques précédés et annoncés par des symptômes mineurs : bourdonnements d'oreilles, soubresauts musculaires, sensations de vertige, euphorie, suractivité intellectuelle. Le malade, après une phase d'exaltation de type *hypomaniaque*, tomba dans un *état semi-confusionnel avec manifestations anxieuses*, qui le poussèrent à faire une *tentative de suicide* au cours d'un raptus anxieux, tentative qui entraîna l'internement. La cessation de l'isoniazide et une thérapeutique simple firent rentrer les troubles dans l'ordre. Ce malade, assez intelligent, s'analysa assez bien et put donner des renseignements précis sur les impressions

ressenties au cours de son épisode psychopathique, qui évolua en trois phases : phase prodromique, avec hyperactivité et exaltation, phase d'hyperactivité symbolique et phase de délire hallucinatoire suivi de tentative de suicide par section des veines du poignet.

A l'occasion de cette communication, P. Lèo signale avoir vu un malade traité à l'isoniazide interné à la suite d'un *accès d'agitation*, attribué, à juste titre, lui semble-t-il, à ce médicament. Mais, signale cet auteur, c'était aussi un alcoolique qui, désintoxiqué et soumis de nouveau au même traitement à son insu, n'en subit aucun préjudice.

E. Aubertin (3) a rapporté une observation assez analogue, communiquée par le médecin-commandant Fargeot. Il s'agissait d'une *expérience délirante primaire à thème mystique* qui céda complètement à une petite série de cinq électrochocs.

Comme on pouvait le supposer, d'après la nature des accidents minimes, ce sont des *manifestations de type maniaque et maniac-dépressif* que l'on a signalées le plus souvent.

Benda, Kauffmann et Buisson (5) ont rapporté trois observations de troubles psychiques survenus chez des malades femmes, de la deuxième à la sixième semaine du traitement par l'isoniazide aux doses moyennes de 200 à 300 mgr. par jour. L'une de leurs malades présentait un syndrome net, avec excitation psychomotrice, logorrhée, expansivité, désinvolture, exigences impératives et chantage au suicide, ayant justifié l'internement, accès qui dura trois à quatre mois. On notait, dans ses antécédents, deux accès maniaques analogues traités par les électrochocs.

Cette agitation maniaque n'est pas toujours typique. Une seconde malade de Benda et ses collaborateurs, à côté de son agitation psychomotrice, de son insomnie, présentait une humeur labile, une hilarité incoercible alternant avec des crises de larmes ; il faut noter que la suspension du traitement à l'isoniazide fit régresser les troubles qui réapparurent et régressèrent à nouveau lors d'une reprise et d'un nouvel arrêt, définitif cette fois, du traitement.

La troisième malade qui présentait, à l'inverse, un syndrome de dépression mélancolique avec douleur morale, auto-accusation, culpabilité, anxiété, refus d'aliments, guérit assez rapidement avec quelques électrochocs. Elle avait fait — sans isoniazide — un accès analogue trois ans auparavant.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Fouquet

signala avoir observé un cas de psychose hypomaniaque également chez un homme de 28 ans, traité par l'isoniazide au cours d'une primo-infection tardive. Ce sujet avait, lui-aussi, des antécédents neuro-psychiques certains. Marquezy dit avoir observé des accidents chez un adulte jeune qui avait eu des doses très modérées d'isoniazide. Il n'en a par contre jamais rencontré chez l'enfant (*). Paraf a vu deux cas d'agitation avec manie et soulève l'hypothèse d'une action directe de l'isoniazide sur le diencéphale en raison de l'euphorie et de la boulimie remarquables de ces sujets. Duroux, signalant ce qu'il appelle « l'effet antabus », c'est-à-dire l'intolérance à l'alcool des malades traités par le rimifon, dit n'avoir observé qu'un seul cas de délire chez 500 malades traités ; ce malade avait eu des doses un peu élevées, de 7 à 8 mgr. par kilo. Pour lui, des doses de 5 mgr. par kilo n'entraînent pas d'accidents. Pour Péron, il s'agissait simplement de psychoses périodiques, où la part de la thérapeutique dans la survenue de la poussée reste problématique.

A l'étranger, des observations analogues ont été rapportées. Heilmeyer et ses collaborateurs (13) ont signalé un cas d'excitation maniaque, et Richard et Hunter (33) un cas de psychose déclenchée par l'isoniazide ; au début, cette malade donnait l'impression d'une *schizophrénie* aiguë catatonique, mais l'évolution se fit vers un *syndrome de Korsakoff* avec déficience de la mémoire pour les événements récents, désorientation dans le temps, fabulation, augmentation de la suggestibilité et de l'émotivité et séquelles sérieuses.

Conrad et Schreib, enfin, ont rapporté une observation dans laquelle, aux troubles psychiques à type d'excitation croissante, s'associaient des symptômes traduisant, à leur avis, une rétention liquidienne (soif vive, œdèmes des pieds et du visage, hyperesthésies et paresthésies, etc...). Tout rentra dans l'ordre en deux semaines.

Mac Connel et Cheetham (27) ont publié un cas de pellagre aiguë, avec diarrhée, douleurs abdominales, érythème et aspect desséché de la peau au niveau du dos, des mains et des poignets, caractérisé au point de vue mental par un *syndrome catatonique avec idées de suicide*. Cette observation est particulièrement intéressante, car elle permet de penser que les troubles, dans le cas particulier, étaient des troubles dus à une avitaminose nicotinique, par inhibition compétitive de l'amide nicotinique, dont la formule développée est très voisine de celle de l'isoniazide.

(*) Il a, par contre, rapporté depuis quatre cas d'excitation psychomotrice modérée chez des enfants jeunes recevant des doses d'isoniazide élevées (27^{bis}).

3° Les syndromes confusionnels post-opératoires

Il est d'autres cas dans lesquels on peut se demander si l'isoniazide doit être tenu pour responsable de l'apparition de troubles psychiques, notamment dans certains *syndromes confusio-asthéniques post-opératoires*. Trois tuberculeux opérés par H. Joly (nous avons pu examiner l'un d'eux) ont présenté un syndrome semblable survenu dans des circonstances analogues. Il s'agissait de malades subanxieux, ayant reçu des doses moyennes d'isoniazide jusqu'à la veille de l'intervention thoracique et un cocktail anesthésique à base de barbituriques (sonéryl, amytal sodique, phénergan ou largactil, morphine et dolosal). Aucun des trois n'avait d'antécédents alcooliques. Le lendemain de l'intervention, ils présentèrent un syndrome confusionnel avec agitation motrice incoordonnée : l'un d'eux se contentait de rouler les draps de façon stéréotypée et incessante, un autre, se levant brusquement, arrachait son drain et partait dans les couloirs. Des éléments oniriques se surajoutaient au tableau : l'un d'eux voyait des lames de rasoir dans son dos, un camarade couper sa robe de chambre en lanières, un autre voyait sa femme sur le balcon et lui parlait. Les réflexes, variables d'un jour à l'autre, étaient généralement faibles et abolis. Le syndrome dura de trois à cinq jours et tout rentra dans l'ordre en laissant, comme c'est la règle, une amnésie quasi-complète portant sur la période troublée.

Un tel syndrome est banal en lui-même et peut se rencontrer dans tous les états toxi-infectieux. Il se produit parfois chez les opérés éthyliques, mais on peut éliminer cette hypothèse dans les cas ci-dessus. Plusieurs étiologies peuvent être invoquées : la tension émotive pré-opératoire, le choc opératoire et l'épuisement nerveux qui leur fait suite ; les médications pré-, per- et post-opératoires et notamment les barbituriques ; l'anoxie cérébrale due aux manœuvres anesthésiques et celle — relative — provoquée par la diminution de la surface respiratoire lors de l'exérèse ou du collapsus ; la constipation post-opératoire et les résorptions toxiques qu'elle entraîne ; l'emploi des autres antibiotiques et notamment la streptomycine, presque toujours utilisée concurremment avec l'isoniazide ; enfin, le collapsus pulmonaire brusque qui libère vraisemblablement une quantité importante de toxines bacillaires. Nous avons été frappé de l'identité de ce syndrome psychique avec les troubles graves observés dans certains cas de perforation pulmonaire et que nous avons étudiés avec Destaing dans un travail antérieur auquel nous renvoyons le lecteur (31).

Il est vraisemblable qu'aucun de ces facteurs ne joue isolément, mais qu'ils coordonnent leur influence nocive. Mais le fait remarquable est qu'on ne constate un tel syndrome que beaucoup plus rarement et avec une symptomatologie beaucoup moins bruyante chez les opérés n'ayant pas reçu d'isoniazide jusqu'à la veille de l'intervention chirurgicale ; cette médication joue certainement un rôle dans l'apparition des troubles, et il est prudent d'en arrêter l'administration une dizaine de jours avant l'opération.

4° La pseudo-paralysie générale

Signalons, pour terminer, plus pour son intérêt théorique que pour son caractère démonstratif, une observation d'Hélène Aubin.

Il s'agissait d'un homme de 68 ans, atteint de méningite tuberculeuse, qui fut traité sans succès par la streptomycine par voie générale et rachidienne et le P.A.S. en perfusion. Au cours de ce traitement l'état s'aggrava et, en particulier, des périodes de désorientation et de délire apparurent sur un fond d'obnubilation. La résistance à ces antibiotiques entraîna leur abandon et il leur fut substitué uniquement de l'isoniazide, à raison de 350 mgr. par jour pendant six mois et demi. L'état général s'améliora et le liquide céphalo-rachidien redevenit normal.

Malgré la guérison méningée et pulmonaire, ce malade conserva un *état d'obnubilation avec euphorie et indifférence* ; ces troubles régressèrent lentement, mais finalement persistèrent, et de façon définitive, pense l'auteur, qui les attribue soit à des lésions vasculaires, soit à ces séquelles de méningo-encéphalite tuberculeuse que nous avons déjà décrites en 1950 à propos de la streptomycinothérapie des méningites tuberculeuses (31), en soulevant à nouveau la question posée en 1905 par Klippel : « Y a-t-il une paralysie générale tuberculeuse ? » Il est incontestable que les antibiotiques, ralentissant le processus tuberculeux, permettent l'apparition de *méningo-encéphalites subaiguës tuberculeuses*, dont le tableau clinique se rapproche, toutes proportions gardées, de celui de la maladie de Bayle. On ne saurait ici mettre sur le compte exclusif de l'isoniazide des troubles qui semblent s'être déjà manifestés avant son emploi chez un malade d'ailleurs âgé, mais on ne saurait non plus récuser complètement son influence.

En somme, l'isoniazide semble pouvoir être rendu responsable de troubles psychiques réels, généralement de type maniaque, confusionnel ou délirant, prenant des caractéristiques particu-

lières en fonction des antécédents du malade et des circonstances de leur apparition.

B. — ACTION DE L'ISONIAZIDE SUR LES TROUBLES MENTAUX

L'efficacité de l'isoniazide dans toutes les manifestations tuberculeuses devait logiquement inciter à l'utiliser contre les troubles psychiques de la tuberculose, au même titre que les médications antituberculeuses antérieures. Mais ses effets secondaires, notamment sur l'appétit, et son rôle euphorisant pouvaient également laisser espérer une action efficace dans certains troubles mentaux non tuberculeux.

1° Action sur les troubles mentaux tuberculeux

Nous rapportons quelques fragments d'une longue auto-observation d'un médecin anglais (2) qui nous semble intéressante pour plusieurs raisons : la double compétence de médecin et de malade de son auteur ; la fine analyse de l'état psychique avant et après l'emploi du rimifon ; elle est en outre, à notre connaissance, la première observation publiée sur le sujet qui nous intéresse. Elle est modestement signée « Un cobaye humain » et l'auteur parle de lui-même à la troisième personne.

Il s'agissait d'un médecin de 61 ans, tuberculeux depuis 1914 ; les diverses thérapeutiques médico-chirurgicales n'avaient pas empêché une évolution qui, peu avant le début du nouveau traitement, semblait particulièrement grave. Il présentait en particulier, à ce moment, un certain nombre de modifications psychiques, qu'il décrit ainsi :

« Les deux mois qui suivirent son retour à la maison amenèrent une altération progressive, toute activité notable se payant d'une augmentation de la fièvre, de l'expectoration et de ce que l'on peut appeler, selon son goût, apathie ou léthargie, mais qui est en réalité une toxémie agissant sur le cerveau, comme la morphine ou l'alcool, et ressemblant d'ailleurs, par certains côtés, à l'action de ces deux poisons. Quand le pauvre petit poète John Keats écrivait :

« My heart aches, and a drowsy numbness pains

« My sense as though of hemlock I had drunk. » *

ce n'était pas en réalité le rossignol qui l'inspirait mais les sécrétions toxiques de son poumon malade (...). La toxine tuberculeuse agit comme la plupart des toxines, avec une intensité variable, et provo-

(*) « Mon cœur me fait mal et un engourdissement soporifique afflige mes sens, comme si j'avais bu de la ciguë. »

que des tendances régressives, c'est-à-dire que le malade pense surtout comme un enfant, en images colorées, de façon imaginative, et ce sont des mots qui meublent sa pensée ; ces mots sont disposés de façon plus ou moins musicale ou métrique (...). A petite dose, la toxine tuberculeuse provoque une toxémie agréable. Par contre, si le malade reste actif malgré des lésions en activité, s'il fabrique de grandes quantités de toxines, des symptômes psychiques graves peuvent apparaître et même des hallucinations et des troubles du jugement (...). Revenons à notre cobaye ; fin mars 1952, il fabriquait suffisamment de cette toxine pour avoir le plus grand plaisir à retourner immédiatement au lit après déjeuner ; lorsqu'il y était, il était trop agréablement détendu pour avoir même envie de lire. Il se contentait parfaitement de rester allongé, de rêver et d'entendre des voix, en mots bien mesurés (...). Le 2 avril arrivèrent 100 comprimés inespérés de rimifon ; la première réaction, caractéristique de l'état psychique du cobaye, fut de remarquer combien le mot était harmonieux. » Dès la deuxième semaine, le résultat fut remarquable, notamment sur la toxémie tuberculeuse et les modifications psychiques qu'elle avait entraînées : « ...Cette langueur narcotique ne s'insinuait plus en lui dans l'après-midi. Il n'avait plus envie, le déjeuner à peine terminé, de se glisser au lit avec le *Times*, le regardant à peine, pour rêvasser et laisser son esprit vagabonder. La première modification notée c'est que les mots croisés qu'il examinait auparavant comme s'il s'était agi de hiéroglyphes lui paraissaient à nouveau solubles (...). La légère anxiété signalée déjà lors de l'emploi de l'isoniazide par les auteurs américains n'était jamais très loin. Elle se manifesta de façon plus nette, en particulier lorsqu'il essaya de prendre six comprimés par jour au lieu de cinq ; cette anxiété, symptôme mineur à peine digne d'être noté, devenait alors nettement déplaisante, donnant la sensation d'être en équilibre instable sur une crête, sur un bord, comme s'il avait bu trop de café. »

Ces quelques citations que nous donnons ne permettent pas de mettre suffisamment en évidence l'humour qui imprègne cet article et qui témoigne peut-être justement en faveur de cette petite tendance hypomaniaque fréquente chez les tuberculeux traités par l'isoniazide. L'auteur, d'ailleurs, commence son article par la phrase suivante : « Exposer sa carcasse sur une place publique est habituellement une forme d'exhibitionnisme ayant pour but inconscient de reconforter l'exhibionniste, chaque nouveau récit de « son » opération ou de « sa » maladie lui permettant de se trouver encore intéressant. »

Leconte et Pougetoux (20), dès 1952, donnèrent de l'isoniazide à trois malades mentaux de leur service présentant une tuberculose atypique telle que l'a décrite Hyvert et suivirent l'action de

la médication sur le granulogramme de Benda et Urquia. L'amélioration de celui-ci fut parallèle à l'amélioration clinique, « vraiment spectaculaire ». L'isoniazide fut ensuite utilisé chez quatre schizophrènes suspects de tuberculose atypique, sans résultat valable sur les troubles psychiques. Cependant, pour les auteurs, l'isoniazide présente un intérêt pour l'étude de l'imprégnation tuberculeuse atypique en psychiatrie, car il semble modifier le granulogramme dans un sens favorable et constituer, dans certains cas, un moyen de réactivation chez des malades ayant présenté dans le passé une imprégnation tuberculeuse devenue silencieuse.

Ces mêmes auteurs conseillent l'emploi de l'isoniazide en perfusion associée au P.A.S. et à la streptomycine chez les malades mentaux tuberculeux avérés, avant tout recours aux thérapeutiques de choc.

Ces dernières ne devraient, à leur avis, n'être mises en route que sous couvert du traitement aux antibiotiques associés ci-dessus, comme il est de règle dans la chirurgie de la tuberculose pulmonaire. Ils rapportent l'observation d'un syndrome de dépression hypocondriaque d'origine tuberculeuse, avec idées de négation, état général précaire, infiltrat excavé du sommet droit et bacilloscopie positive. Après quatre mois de traitement, l'état général et pulmonaire furent très améliorés et, après une période d'exacerbation temporaire, les troubles mentaux disparurent. Le granulogramme redevint également normal.

Lors de la communication de Delay, Lainé et Buisson (8), dont nous parlerons plus loin, Bachet signala avoir traité des malades bacillaires qui lui avaient été adressés pour dépression associée et avoir été surpris par les guérisons rapides de ces dépressions avec disparition de l'anxiété, retour du sommeil, reprise de l'appétit, apparition d'euphorie, guérisons paraissant ne pouvoir être attribuées qu'au rimifon. Il s'agissait d'états moins profonds que ceux rapportés par Delay et ses collaborateurs, mais cependant assez sérieux pour avoir alarmé les phthisiologues qui lui avaient adressé ces malades. Le plus souvent, mais non toujours, ces états paraissent contemporains d'une amélioration parfois considérable des lésions. Dans certains cas, cependant, même chez des bacillaires, ce traitement reste inefficace ou ses effets sont transitoires sur les phénomènes dépressifs, et la psychothérapie par détente ou hypno-détente reprend ses droits, dit Bachet.

Lafon, Duc, Vidal et Minvielle (18) ont utilisé le rimifon à la dose de 200 mgr. par jour pendant un mois environ, non seulement chez des malades mentaux tuberculeux en activité, mais

encore chez certains qui n'avaient que des antécédents bacillaires. Leurs résultats sont les suivants : amélioration spectaculaire chez un schizophrène porteur de mal de Pott avec abcès ossifluent ; deux améliorations et deux échecs chez des schizophrènes ; exaltation de la série délirante dans un cas de délire mystique ; amélioration notable dans un cas de dépression psychasthénique.

Krieser, Sanderson, Melvinik et Myers (17), ayant administré de l'isoniazide à un groupe de 51 malades mentaux atteints de tuberculose, ont constaté l'amélioration psychique de ces sujets « dans un pourcentage de cas nettement élevé ». Il s'agissait d'états d'anxiété et d'adynamie plus ou moins mélancolique.

En résumé, il ne semble pas que l'on ait, jusqu'à présent, rapporté d'observation de troubles psychiques francs, d'étiologie tuberculeuse certaine et exclusive, dans lesquels l'isoniazide aurait eu un effet évident. Dans les cas publiés à ce jour, il semble que l'on doive accorder une part égale aux actions antibacillaire et euphorisante de l'isoniazide dans les modifications favorables que cette médication apporte aux dérèglements du psychisme des tuberculeux.

2° Action sur les troubles mentaux non tuberculeux

a) L'action remarquable de l'isoniazide sur l'appétit des malades, la véritable boulimie que la médication entraîne chez certains d'entre eux, nous a incité à l'essayer dans un syndrome où tous les troubles de l'appétit sont au premier plan, l'anorexie mentale. Nous n'avons, jusqu'à présent, pu en faire l'essai que sur un seul cas, celui d'une femme mariée de 49 ans, dont l'anorexie avait résisté à tous les traitements antérieurs. Isolée, en clinique, elle reçut 20 unités quotidiennes d'insuline pendant 20 jours et son poids augmenta de 0 kg. 400. Elle reçut ensuite 150 mgr. (trois comprimés) de rimifon par jour, pendant 30 jours : elle gagna 3 kg. 400 pendant cette période. On supprima alors cette médication pour donner successivement vitamine B 12, œstrogènes et méthyl-androsténol, et elle prit alors 6 kg. 300 en sept mois. Ramenés à une moyenne mensuelle, on peut constater que cette malade a pris respectivement 0,6 et 0,9 kg. par mois avant et après le traitement par l'isoniazide et 3,4 kg. par mois pendant celui-ci. Il serait cependant tout à fait prématuré de tirer une conclusion de cette seule observation, surtout quand on sait les variations dans les reprises pondérales des anorexiques mentales.

Nous avons vu également une jeune anorexique mentale tuber-

culeuse non isolée et mal surveillée, tant en ce qui concerne son alimentation que la prise de ses médicaments, et chez qui l'isoniazide donné pour sa tuberculose pulmonaire semble n'avoir eu aucun effet sur son poids.

Weil, Bernfeld, Paumelle et Jossolow (39) ont rapporté l'observation d'une jeune schizoïde anorexique mentale chez laquelle l'action de l'isoniazide sur la courbe de poids fut vérifiée, au cours de l'isolement hospitalier, par comparaison avec les périodes où une substance inerte lui était substituée. Après la sortie et l'arrêt de toute thérapeutique, une rechute se produisit. L'isoniazide seul, en milieu familial, a été un traitement ambulatoire remarquable sur les troubles de la faim et du comportement, l'administration préalable d'une substance inerte ayant éliminé le rôle de la suggestion.

Par contre, P. Rambert et Ravina, au cours de la discussion qui suivit cette communication, signalèrent n'avoir pas retrouvé les mêmes résultats, sauf, pour Ravina, dans les atteintes tuberculeuses associées.

Les raisons pour lesquelles l'isoniazide excite l'appétit sont actuellement mal élucidées. Il y en a vraisemblablement au moins trois : une irritation directe de la muqueuse gastrique, responsable des crampes et des brûlures parfois signalées et qui joue, en somme, le rôle de l'alcool des boissons dites apéritives ; en second lieu, la médication provoque une hypoglycémie modérée, encore peu connue, mais réelle, sur laquelle Tison (1) a attiré notre attention (*). Enfin, l'hypothèse d'une action directe sur les centres régulateurs de l'appétit (et de la glycémie) n'est pas à exclure comme nous le verrons plus loin.

b) L'influence *euphorisante* de l'isoniazide permettait logiquement d'en étendre l'application aux *syndromes dépressifs*, chez des malades non tuberculeux. C'est ce qu'ont fait Delay, Lainé et Buisson (8) qui ont rapporté les observations de quatre mélancoliques traités par l'isoniazide avec un résultat encourageant dans deux cas et un résultat partiel dans deux autres cas. Il s'agissait de malades ayant subi déjà des traitements par électrochocs sans grand résultat. Les doses moyennes ont été de 5 à 6 mgr. par kilo de poids. La dépression et surtout l'anxiété ont été favorablement influencées, ainsi que l'appétit, dès le début du traitement. Dans tous les cas, à l'humeur dépressive s'est substitué soit un état

(*) Des recherches mériteraient d'être faites sur ce point afin de savoir dans quelle mesure cette action pourrait être rapprochée de celle de l'insuline utilisée en psychiatrie.

de subexcitation avec logorrhée, soit un véritable état d'indifférence teinté d'euphorie. Ces auteurs ont tiré de ces observations des hypothèses pathogéniques que nous citons plus loin.

A l'étranger, des essais analogues ont amené Wilson (40) et Salzer et Lurie (34) à des résultats discordants.

Salzer et Lurie ont étudié l'action de l'isoniazide sur 41 états dépressifs et anxieux d'étiologies diverses, à l'exception des malades suicidaires et des formes trop sévères exigeant une hospitalisation et un traitement immédiat par électrochocs. Dans 22 cas, il y avait eu un ou plusieurs épisodes antérieurs, dont 15 avaient été traités par électrochocs. Le traitement fut de 150 à 300 mgr. d'isoniazide par jour pendant plusieurs semaines, même après disparition des symptômes dépressifs, et dura en moyenne trois mois. Dans les cas favorables, l'amélioration se dessina vers la troisième semaine. Des 41 malades, 28 (soit 68 %) furent améliorés, dont 13 parmi les 22 (soit 60 %), dont l'état dépressif antérieur avait été traité par électrochocs. Les 13 échecs, traités ensuite par électrochocs, donnèrent cinq succès. Les auteurs suggèrent que l'isoniazide utilisé parallèlement avec les traitements de choc pourrait permettre de diminuer le nombre de séances.

Les résultats de Wilson sont beaucoup moins satisfaisants. Il essaya l'isoniazide sur 20 patients, soit 12 déprimés chroniques avec anorexie ou catatonie, et 8 états de dépression aiguë avec anorexie, tous non tuberculeux, à la dose de 3 à 4 mgr. par kilo de poids, pendant trois semaines. Dans un seul cas, celui d'une dépression aiguë d'apparition récente, il y eut une transformation brusque, en 24 heures, la malade se mettant à dévorer et se sentant beaucoup mieux. Il s'agissait peut-être d'une rémission spontanée. La suppression de la drogue n'amena pas la réapparition des symptômes antérieurs. Il n'y eut aucune modification psychique chez les 19 autres malades. L'auteur croit pouvoir en conclure que les changements spectaculaires, observés chez les tuberculeux, sont en rapport avec l'action de la drogue sur la tuberculose et non sur le système nerveux central. Mais il reconnaît qu'il y aurait intérêt à faire des essais avec des doses plus élevées.

En bref, l'utilisation de l'isoniazide dans des syndromes psychiques non tuberculeux, notamment dans l'anorexie mentale et les syndromes dépressifs, semble intéressante, mais mériterait une plus ample expérimentation.

C. — HYPOTHÈSES PATHOGÉNIQUES

Comment expliquer l'action ambivalente d'une telle médication qui se révèle capable à la fois de provoquer et de corriger certains troubles psychiques ? Il paraît difficile de dissocier ces deux effets contraires dans l'interprétation de leurs mécanismes pathogéniques, Mais, disons tout de suite que l'on n'a pu, jusqu'à présent, qu'avancer des hypothèses encore mal étayées.

1° Un fait semble certain : le *système nerveux est sensible à l'isoniazide*.

H. Lubing (26) a rapporté six cas de neuropathies périphériques suffisamment sévères pour nécessiter un arrêt passager du traitement. Les symptômes cardinaux observés furent les suivants : douleurs et paresthésies des extrémités suivies d'une faiblesse musculaire des mains avec sensibilité diminuée, diminution ou absence des réflexes achilléens et rotuliens. C'est surtout chez les sujets recevant de fortes doses d'isoniazide (300 à 450 mgr. par jour) que sont survenus ces accidents. Signalons que la vitamine B 12, même à hautes doses, n'a pas eu d'action sur ces troubles. Hook (14), ainsi que Kissel, Arnould, Barbier, Cattenoz et Hartmann (16^{bis}) ont signalé également chacun un cas de polynévrite par isoniazide. Gammon, Burge et King (11) ont noté chez 408 tuberculeux avancés, traités par de fortes doses d'isoniazide (8 à 13 mgr. par kilo et par jour), des polynévrites essentiellement sensibles touchant avec prédilection la partie distale des membres inférieurs et se rapprochant cliniquement de la polynévrite arsenicale. La cessation rapide de l'isoniazide à la phase initiale des troubles permit une guérison rapide de la neuropathie. Ultérieurement, la régression fut très lente et incomplète. Il a semblé aux auteurs que l'acide nicotinique à la dose de 400 mgr. hâte la guérison.

Autant que les nerfs périphériques, l'encéphale peut être atteint par la médication. Les auteurs ci-dessus signalèrent chez leurs malades de la dyspnée et des vertiges. Pour Delay et collaborateurs (8), l'action centrale de l'isoniazide semble ne pas faire de doute et ils s'appuient pour l'affirmer sur l'exagération fréquente des réflexes tendineux, polycinétiques dans un cas avec clonus et signe de Babinski bilatéral ; ils en rapprochent les symptômes de subexcitation motrice avec petits mouvements d'ordre clonique, grimaces, instabilité de la main. Minet, Warembourg et Niquet (28) signalent la céphalée intense, rebelle à toute thérapeutique, comme le signe principal d'intolérance précédant l'ap-

parition éventuelle des troubles de l'équilibre. Endres et Becker (9^{bis}) ont rapporté cinq observations de tuberculose cutanée traitée par des doses d'isoniazide supérieures à 10 mgr./kg. Des phénomènes labyrinthiques et polynévritiques apparurent quelques semaines après le début du traitement et durèrent également quelques semaines. Gernez, Rieux et Fournier (12) citent les signes nerveux en tête des signes toxiques observés au cours du traitement : crampes, hyper-réflexivité tendineuse, excitation psycho-motrice et vertiges.

On a même rapporté des crises d'épilepsie apparemment provoquée par l'isoniazide. Morère (1) nous a signalé l'apparition de crises convulsives à l'occasion d'un tel traitement. Fetterhoff, Holmes et Martin (10) observèrent un état de mal terminé par la mort chez un épileptique traité par l'isoniazide.

Une observation privilégiée de tentative de suicide par l'isoniazide, rapportée par Uergelin, Garré et Cohen-Rua (37), permet de connaître de façon quasi-expérimentale l'influence sur le système nerveux de doses importantes du produit.

Il s'agissait d'une tuberculeuse pulmonaire, traitée par 200 mgr. quotidiens d'isoniazide. Alors que son état général s'améliorait, la malade, dans le but de se suicider, avala 24 comprimés, soit 1 gr. 20 d'isoniazide en une seule fois. Elle présenta, dans les minutes qui suivirent, une agitation psychomotrice intense et un état confusionnel, avec faciès anxieux et vasodilatation périphérique, hyperesthésie intense et œdème de la papille, puis une hyperréflexivité tendineuse, avec pouls rapide filiforme, dyspnée et cyanose. L'excitation psychomotrice persista alors que disparaissait l'hyperexcitabilité cutanée, et des crises épileptiques subintrantes apparurent, qui durèrent quelques heures. L'amélioration ne se manifesta qu'au septième jour, et la guérison au quinzième, sans séquelles.

Benda et ses collaborateurs (5) ont soumis des malades traités par l'isoniazide, mais ne présentant aucun trouble neuro-psychique apparent, à un contrôle électro-encéphalographique avant, pendant et après le traitement. Il semble que l'administration tant soit peu prolongée du médicament soit susceptible d'entraîner, dans certains cas, quelques modifications, d'ailleurs discrètes, des tracés, en l'absence de tout incident clinique, neurologique ou psychique.

On ne saurait toutefois mettre sur le seul compte de la maladie tuberculeuse les troubles psychiques enregistrés chez les malades traités par l'isoniazide. Les troubles psychiques d'origine tuberculeuse que nous avons étudiés ailleurs (30) peuvent en effet avoir

une allure confusionnelle atypique, mais n'ont généralement pas la teinte hypomaniaque rencontrée ici. De plus, certaines des observations rapportées établissent nettement la responsabilité de l'isoniazide dans l'apparition des troubles.

2° Mais les opinions divergent quand il s'agit d'interpréter le *mode d'action* de la médication.

Les uns pensent qu'elle a une *action toxique directe*. Delay et ses collaborateurs appuient leur opinion sur le fait que les signes qu'ils ont relevés furent constatés après deux jours de traitement par une dose quotidienne de 7 mgr. par kilo, que ces signes disparurent et que le traitement put être poursuivi après diminution de la posologie à 5 mgr. par kilo. Mais, pourquoi, dans ce cas, et quelle que soit la dose, n'observe-t-on pas de troubles analogues chez les non tuberculeux traités par l'isoniazide, comme le fait remarquer Ravina ?

D'autres auteurs pensent qu'il s'agit d'une *action toxique indirecte*, la médication libérant brusquement une quantité importante de toxine bacillaire. Ils raisonnent sans doute par analogie avec les troubles psychiques observés à l'époque où l'on traitait les malades atteints de fièvre typhoïde par une « dose de charge » de chloromycétine qui libérait brusquement une quantité massive de toxine typhique.

Cette hypothèse est peu probable du fait que l'on accorde actuellement à l'isoniazide un rôle beaucoup plus bactériostatique que bactériolytique. D'autre part, elle explique mal les améliorations psychiques apportées par l'isoniazide à des malades profondément intoxiqués par les toxines bacillaires, comme en témoigne l'auto-observation du médecin anglais dont nous avons cité des extraits.

Des auteurs italiens, Porcelati et Preciosi, Trabucchi et ses collaborateurs, ayant montré que certains accidents observés au cours du traitement par l'isoniazide étaient dus à une libération de NH_3 , Curci et Del Torre (7^{er}), dans le but d'obvier à cette libération nocive dans l'organisme, proposent l'emploi de l'acide glutamique qui forme avec NH_3 un composé non toxique, la glutamine, d'élimination facile. Une expérimentation très poussée sur l'animal leur a montré que cette association permet d'élever considérablement la dose quotidienne d'isoniazide sans craindre d'accidents toxiques. Cette association a été utilisée en clinique humaine avec de bons résultats chez les malades sensibilisés à l'isoniazide. Il serait intéressant d'en faire l'essai dans les troubles psychiques provoqués par ce produit.

Une troisième hypothèse, celle d'une *réaction d'origine allergique*, nous paraît plus intéressante, dans certains cas du moins. Poursines (32) a montré la fréquence, bien plus grande qu'on ne l'imagine, des phénomènes allergiques méningo-encéphaliques, sur les caractères et les mécanismes desquels nous ne pouvons insister ici. Les malades traités par l'isoniazide se plaignent assez souvent de douleurs articulaires, de prurit, de malaises divers auxquels on n'attache guère d'attention et qui sont peut-être de simples manifestations allergiques. Collins (7) a rapporté un cas de purpura s'accompagnant de douleurs articulaires violentes chez un tuberculeux pulmonaire traité par l'isoniazide et dans lequel la responsabilité de ce produit semblait à peu près certaine. Piéchaud, Tessier, Nappée et Labrousse (29) ont publié un cas de mort 15 jours après le début d'un traitement au rimifon, le malade ayant présenté tout d'abord un purpura malléolaire, puis, malgré les anti-histaminiques de synthèse, un état d'obnubilation, suivi d'ictus hémiplegique. L'autopsie révéla un œdème et un purpura cérébral. Une intradermo-réaction à l'isoniazide faite chez ce malade fut nettement positive, beaucoup plus que chez les témoins traités par le même médicament sans incident.

Enfin, il est un facteur que nous avons rencontré dans la majorité des cas et que plusieurs auteurs ont mis également en avant, celui des *prédispositions psychiques antérieures*.

On comprend mieux, en effet, qu'un facteur toxique, incapable de créer des troubles chez un sujet psychologiquement sain; les produise chez un sujet déjà prédisposé par son hérédité ou son passé personnel. Deux des trois malades de Benda et collaborateurs avaient des antécédents psychopathiques, ainsi que l'hypomane de Fouquet, et Ravina signale que de tels accidents n'ont jamais été constatés chez les non tuberculeux; faut-il considérer alors la maladie tuberculeuse comme une prédisposition psychopatique? Ce serait excessif. On ne saurait décrire une structure psychique, un type tuberculeux, comme certains psychosomaticiens américains ont décrit une personnalité asthmatique, ulcéreuse ou hypertensive. Mais il existe indiscutablement des traits communs chez les tuberculeux. Letailleur et Schmidt (23), dans les commentaires qui suivent leur observation, ont signalé qu'ils ont retrouvé chez leur malade certains des traits de la « psychologie des tuberculeux », telle que nous l'avions signalée dans un ouvrage antérieur (30).

C'est dans cette perspective également, celle d'une structure psychique spéciale, qu'il faut tenir compte du terrain *alcoolique*.

Le malade dont Léo (23) cite l'observation montre comment l'alcoolisme peut être une prédisposition aux troubles psychiques à l'occasion d'un traitement par l'isoniazide.

Notons à ce sujet certaines similitudes cliniques des effets de l'alcool et de l'isoniazide. Les troubles discrets : euphorie, exaltation des phénomènes psychiques, petites altérations mnésiques et, à un stade plus avancé, hyperesthésie sensorielle, sont tous des symptômes constatés dans la première phase de l'ébriété alcoolique. Ce sont en réalité ceux que l'on observe dans toutes les intoxications aiguës et discrètes du système nerveux, dont l'alcool n'est que l'exemple le plus courant. Mais cette action curieuse, que nous avons signalée plus haut, d'une intolérance accrue à l'alcool chez des malades qui jusque-là le supportaient, permet de penser qu'il y a dans ce cas sommation des toxicités. Les accidents de type confusionnel post-opératoires, signalés par Joly, ressemblent beaucoup au délire confusionnel post-opératoire que l'on observe chez les alcooliques qui ont subi une intervention sans préparation suffisante. Si l'on en rapproche enfin les brûlures digestives (d'origine gastrique ou hépatique), l'existence de polynévrites authentiques (9^{bis}, 11, 14, 16^{bis}, 26) et même de syndrome de Korsakoff (33), on peut penser que les effets toxiques de l'isoniazide sont assez voisins de ceux de l'alcool, quel que soit le mécanisme en cause. Signalons toutefois que Ravina (16^{bis}) a constaté que, même chez les tuberculeux alcooliques fortement dénutris et présentant des polynévrites éthyliques, cette médication a amené des améliorations, non seulement de la tuberculose pulmonaire, mais également des signes neurologiques.

3° Il est tout aussi difficile d'affirmer avec précision le *lieu d'action* de la drogue sur l'encéphale.

Il semble qu'avec Delay et ses collaborateurs (8), Paraf (5) et d'autres, on puisse attribuer à l'isoniazide une action directe sur la région diencéphalo-hypophysaire. Ces auteurs ont été frappés par l'existence d'une certaine analogie entre l'action de l'isoniazide et celle de la cortisone, tant sur le plan endocrino-humoral que sur le plan psychique.

Dans les quatre heures qui suivent l'administration de 200 mgr. d'isoniazide, Delay et ses collaborateurs ont constaté une chute du taux des éosinophiles sanguins, modérée, de 25 à 50 %, mais presque constante (*), ainsi qu'une augmentation du taux de l'élimination urinaire des 17-cétostéroïdes.

(*) Leconte et Pougetoux, par contre, signalent une éosinophilie avec polynucléose, accentuation de la lymphocytose, apparition en faible proportion et de façon transitoire de formes jeunes.

« L'euphorie est un des symptômes qui se rencontrent à peu près constamment et de façon très précoce au cours des traitements par la cortisone ; elle n'est pas liée à l'amélioration éventuelle, car elle peut se manifester en dehors d'elle ; caractérisée par une sensation de bien-être, il s'y ajoute une certaine excitabilité : le malade est gai, exubérant ; il fait de nombreux projets d'avenir, parle et remue beaucoup, et accuse, en plus, une insomnie « confortable » bien supportée. L'accentuation de ces troubles peut réaliser des tableaux d'excitation maniaque, des états dépressifs, des bouffées délirantes, des états polymorphes, confusionnels, avec alternance ou intrication des états ci-dessus. » (*). Cette description ressemble étonnamment à celle des modifications psychiques provoquées par l'isoniazide. Le caractère même des troubles minimes constatés sur le plan psychique, en particulier cette euphorie de type hypomaniaque, laisse nettement penser qu'il y a excitation des centres régulateurs de l'humeur situés dans l'hypothalamus.

Nous avons rappelé la fréquence de la boulimie et de l'hypoglycémie chez les malades traités par l'isoniazide. N'est-il pas tentant et logique de penser que les centres régulateurs de la glycémie et ceux de l'appétit, centres vraisemblablement hypothalamiques, sont touchés par l'isoniazide au même titre que les centres régulateurs de l'humeur ? C'est aussi l'hypothèse que font J. Weil et ses collaborateurs (39). Rien de tout ceci n'est encore démontré, mais une étude plus poussée serait des plus souhaitables.

CONCLUSIONS

L'isoniazide a une action incontestable sur le psychisme de certains sujets. Dans certains cas, il peut faire apparaître des troubles discrets, de type hypomaniaque le plus souvent, sans gravité réelle. Les troubles plus accusés, moins fréquents, prennent généralement le type maniaque, plus ou moins franc, avec excitation psychomotrice, et le type confusionnel avec ou sans onirisme ; plus rarement, il s'agit de manifestations dépressives ou catatoniques ; l'isoniazide est sans doute responsable de certaines complications confuso-oniriques post-opératoires.

La fréquence exacte de ces troubles est impossible à fixer. Toutefois, étant donné l'extension de l'emploi actuel de l'isoniazide et le petit nombre des accidents psychiques signalés, presque tou-

(*) Cortisone. Plaquette éditée par les laboratoires Roussel.

jours bénins, on peut raisonnablement estimer qu'ils sont très rares et sans gravité réelle. Ils ne sauraient être mis en balance avec les avantages de la médication.

D'autre part, dans certains dérèglements du psychisme des tuberculeux, l'isoniazide a souvent une action favorable, soit directement, soit par son rôle euphorisant et exaltant. Les essais faits dans le but d'utiliser ces effets secondaires chez des malades non tuberculeux, notamment dans l'anorexie mentale et dans les états dépressifs, s'ils sont intéressants, ne sont pas encore concluants.

L'action directe de l'isoniazide sur le système nerveux en général et l'encéphale en particulier est indéniable, vraisemblablement par action sur la région hypothalamique. Son mode d'action reste inconnu, qu'il s'agisse d'une action toxique directe ou indirecte ou plus probablement allergique. Les prédispositions antérieures jouent un rôle certain dans l'apparition des troubles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Communications personnelles.
2. ANONYME. — « UN COBAYE HUMAIN ». Hydrazide de l'acide isonicotinique. *Praticien*, 168, 605-608, n° 1.008, juin 1952.
3. AUBERTIN (E.). — Incidents et accidents produits par l'isoniazide. *J. méd. Bordeaux*, 130, 1068-1074, n° 9, septembre 1953.
4. AUBIN (Hélène). — A propos de l'action de l'isonicotinyl-hydrazide dans les méningites et les miliaires tuberculeuses. *Presse médicale*, 61, 711, 1953.
5. BENDA (R.), KAUFMANN (P.) et BUISSON (J.-F.), avec discussion de MM. FOUQUET, MARQUÉZY, PARAF, DUROUX, PÉRON, RAVINA. — Trois cas de troubles psychiques au cours du traitement par l'isonicotinyl-hydrazide chez les tuberculeux pulmonaires. *Bull. Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 69, 255-257, 1953.
- 5^{bis}. BUISSON (J.-F.). — Action psychique de l'isoniazide. *Thèse*, Paris, juin 1953.
6. BOURCART (R.-H.). — Sur quelques cas d'intolérance à l'isoniazide. *Thèse*, Bordeaux, n° 221, 1953.
7. COLLINS (D. M.). — *Brit. Med. J.*, 16 août 1952.
- 7^{bis}. CONRAD (K.) et SCHREIB (E.). — Les psychoses aiguës après traitement par l'acide isonicotinique. *Deutsche Med. Wochschr.*, 78, 604-607, 17 avril 1953.
- 7^{ter}. CURCI (G.) et DEL TORRE (L.). — La toxicité aiguë et chronique de l'hydrazide isonicotinique dans son association avec l'acide glutamique. *Arch. fisiol.*, 8, 533-537, juillet 1953.
8. DELAY (J.), LAINÉ (B.) et BUISSON (J.-F.). — Note concernant l'action de l'isonicotinyl-hydrazide utilisé dans le traitement des états dépressifs. *Annales médico-psychologiques*, 110-2, 689-692, décembre 1952.

9. DUROUX, MASSON, MARTY, LACRAMPE et JARNIOU. — Résultat du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'isoniazide. *Société française de la tuberculose*, 8 novembre 1952, *Revue de la tuberculose*, 17, 95, n° 1-2, 1953.
- 9^{bis}. ENDRES (R.) et BECKER (H.). — Polynévrites et lésions labyrinthiques au cours du traitement par l'hydrazide de l'acide nicotinique. *Die Medizinische*, n° 37, 1154, 13 août 1952.
10. FETTERHOFF (K. I.), HOLMES et MARTIN. — *Am. Rev. Tub.*, 1952.
11. GAMMON (G. D.), BURGE (F. W.) et KING (G.). — Toxicité nerveuse observée chez des malades tuberculeux traités par l'isoniazide. *Archives neurologiques et psychiatriques*, 70, 64-70, n° 1, juillet 1953.
12. GERNEZ-RIEUX (C.) et FOURNIER (P.). — Etude clinique de l'action tuberculostatique de l'hydrazide de l'acide isonicotinique. *Réunion des phtisiologues du Nord*, 30 novembre 1952, *anal. in Presse médicale*, 61, 479, 1953.
13. HEILMEYER, SCHAICH, BUCHEGGER et KILCHING. — Etat d'excitation maniaque au cours du traitement par l'isonicotinyl-hydrazide. *Münch. Med. Wschr.*, n° 26, 1303, 1952.
14. HOOK. — Polynévrite due à l'isoniazide. *Nordisk Med.*, 49, 473, n° 13, 27 mars 1953.
16. HUNTER. — Psychose confusionnelle et trouble cérébral organique résiduel après administration de l'isonicotinyl-hydrazide. *Lancet*, p. 960-962, n° 6.752, 1952.
- 16^{bis}. KISSEL, ARNOULD, BARBIER, CATTENOTZ et HARTEMANN. — Polynévrite sensitive chiropodale apparue chez un tuberculeux pulmonaire à la suite d'un traitement par un dérivé de l'isoniazide. *Soc. méd. hôp. Paris*, séance du 4 décembre 1953.
17. KRIESER (A. E.), SANDERSON (A. G.), MELVINIK et MYERS (A. Y.). — Effets de l'hydrazide de l'acide isonicotinique chez les malades mentaux. *Dis. of Chest*, 23, 28-35, janvier 1953.
18. LAFON, DUC, VIDAL et MINVIELLE. — L'isonicotinyl-hydrazide dans les névroses et psychoses avec antécédents bacillaires. *Montpellier méd.*, 96, 111, août 1953.
19. LECONTE (M.), ANGUELOFF (B.) et POUGETOUX (J.). — De quelques constatations biologiques au cours du traitement en perfusion intra-veineuse de l'isoniazide chez des malades mentaux bacillaires. *Gazette des hôpitaux*, 22 septembre 1952.
20. LECONTE (M.) et POUGETOUX (J.). — Application aux formes mentales de la tuberculose des premiers résultats thérapeutiques obtenus dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'isoniazide. *50^e congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Luxembourg, 1952, Masson éditeur, Paris, p. 301.
21. LECONTE (M.) et POUGETOUX (J.). — Méthodes de choc et tuberculose pulmonaire. Intérêt de l'isoniazide en médecine psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*, 111-1, 314-326, mars 1953.
22. LEITNER (Z. A.). — Psychose confusionnelle après rimifon. *Lancet*, 22 novembre 1952.
23. LETAILLEUR (M.) et SCHMIDT (P.). — Troubles psychiques symptomatiques d'une intoxication par l'hydrazide de l'acide isonicotinique. *Annales médico-psychologiques*, 111-1, 246-251, n° 2, février 1953.
24. LEWIS. — Tolérance de l'homme aux isonicotinyl-hydrazides. *Antibiotics and Chemotherapy*, 2, 285, 1952.

25. LORENZ (T. H.), CALDEN (G.) et OUSLEY (J. L.). — Etude des effets de l'isoniazide sur les réactions émotionnelles des tuberculeux. *Am. Rev. Tub.*, 68, 523-534, octobre 1953.
 26. LUBING (H.). — Neuropathies périphériques chez des tuberculeux traités par l'isoniazide. *Am. Rev. Tub.*, 68, 458-461, n° 3, septembre 1953.
 27. MAC CONNEL (R. B.) et CHEETHAM (H. D.). — Pellagre aiguë au cours du traitement par l'isoniazide. *Lancet*, 959-960, 15 novembre 1952.
 - 27^{bis}. MARQUÉZY (R.-A.), BACH (C.) et CLERMONT (J.-P.). — Posologie de l'hydrazide de l'acide isonicotonique chez l'enfant. *Presse médicale*, 61, 1569-1570, 28 novembre 1953.
 28. MINET, WAREMBOURG et NIQUET. — Remarques sur l'emploi de l'isonicotinyl-hydrazide en tuberculose pulmonaire. Réunion des phthisiologues de la région du Nord, 30 novembre 1952 ; anal. in *Presse médicale*, 61, 479, 1953.
 29. PIÉCHAUD (D. F.), TESSIER (R.), NAPPÉ (J.) et LABROUSSE (P.). — Purpura cérébral au cours d'un traitement à l'isoniazide. *Journal médical de Bordeaux*, n° 10, 989-992, octobre 1952.
 30. POROT (M.). — Les troubles mentaux au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. *Rapport au 48^e congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Besançon-Neuchâtel, juillet 1950, compte rendu, 1 volume, Masson éditeur, Paris, 69-101, et « La psychologie des tuberculeux », 1 volume, 212 pp., Delachaux et Niestlé éditeurs, Paris-Neuchâtel, 1950.
 31. POROT (M.) et DESTAING (F.). — Streptomycine et troubles mentaux. *Annales médico-psychologiques*, 108-2, 47-74, juin 1950.
 32. POURSIDES (Y.). — Les encéphalites allergiques de nature infectieuse. *Rapport au 48^e congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Besançon-Neuchâtel, 1950, 1 volume, compte rendu, Masson éditeur, Paris, 305-366.
 33. RICHARD et HUNTER. — *Lancet*, 15 novembre 1952.
 34. SALZER (H. M.) et LURIE (M. M.). — Traitement de l'anxiété et des états dépressifs par l'isoniazide. *Arch. Neurol. and Psych.*, 70, 317-324, septembre 1953.
 35. SÉLIKOFF (I. J.), ORNSTEIN (G. G.) et ROBITZEK (E. M.). — Toxicité des dérivés de l'hydrazide de l'acide nicotinique dans la chimiothérapie de la tuberculose humaine. *Quat. Bull. Sea-View Hosp.*, 13, 17-26, n° 1, janvier 1952.
 36. THOMSON (W. A. R.). — *Practitioner*, juillet 1952.
 37. UERGELIN (M. E.), GARRE (O.) et COHEN RUA (R. A.). — Tentative de suicide par hydrazide de l'acide isonicotonique. *Prensa Med. Argent.*, 49, 155-157, 8 mai 1953.
 38. WACKER (T.) et BONARD (E. C.). — Note sur l'isonicotinyl-hydrazide. *Sem. méd.*, n° 34, 583, 18 septembre 1952.
 39. WEIL (J.), BERNFELD (J.), PAUMELLE (P.) et JOSSOLOW. — Traitement d'une anorexie mentale par l'isoniazide. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 22 mai 1953.
 40. WILSON (W. P.). — L'hydrazide de l'acide isonicotonique chez les malades mentaux non tuberculeux. *Dis. Nerv. System*, 14, 278-279, septembre 1953.
-

UTILISATION DE L'ELECTRO-ENCEPHALOGRAPHIE DANS L'EXPERTISE MEDICO-LEGALE

PAR

G. et J. VERDEAUX

L'électro-encéphalographie est de plus en plus considérée comme une technique indispensable en criminologie et en médecine légale. Les criminologistes la font entrer dans le groupe des examens biologiques de recherche, et de nombreux médecins-légistes, frappés par les arguments objectifs que donnait l'électro-encéphalogramme, dès le début de cette méthode, dans les suites des traumatismes craniens, ont voulu utiliser cet examen dans les expertises concernant les délinquants.

Dans cet ordre d'idée, de nombreux travaux ont été publiés dans le monde entier sur les résultats statistiques de l'étude électro-encéphalographique des délinquants et sur les comparaisons de ces sujets avec des groupes d'individus différents. Il résulte de ces travaux une constatation générale particulièrement frappante : les électro-encéphalogrammes des délinquants ont toujours été trouvés anormaux dans des proportions importantes (plus de 50 % en général) et très différents, si on les compare, de ceux appartenant à des sujets normaux. Les altérations constatées étaient, en général, la présence de rythme thêta.

Nous avons eu personnellement l'occasion de comparer les tracés d'un groupe de délinquants (1) avec ceux d'un groupe de sujets particulièrement sélectionnés à tous points de vue, puisqu'ils appartenaient au personnel navigant de l'aviation civile (2).

(1) J. DELAY, M. BACHET, G. et J. VERDEAUX. — L'électro-encéphalographie chez les délinquants adultes. *Annales médico-psychologiques*, janvier 1952, n° 1.

(2) J. DELAY, G. et J. VERDEAUX. — Enregistrement électro-encéphalographique et comparaison d'un groupe médicalement sélectionné (aviation civile) avec un groupe de délinquants. *Revue neurologique*, 87, n° 5, 1952.

Chez ces derniers sujets, nous avons trouvé 6 tracés sur 100 comprenant le rythme thêta, lorsque 53 tracés sur 119 le présentaient chez les délinquants.

Depuis lors, les recherches que nous avons poursuivies sur des groupes beaucoup plus nombreux au Laboratoire d'électro-encéphalographie, installé au Centre national d'orientation situé à la prison de Fresnes, n'ont fait que confirmer cette proportion.

Quelle que soit l'interprétation théorique que l'on donne au rythme thêta, une première constatation semble inéluctable : c'est que les tracés des délinquants sont *différents* des tracés des sujets sélectionnés.

Le propos de la recherche électrobiologique en criminologie est, justement, de préciser en quoi et pourquoi ils sont différents ; c'est le but que les électro-encéphalographistes qui s'attachent à ces problèmes essayent d'atteindre.

Pendant que se poursuit cette participation à l'étude scientifique de la délinquance, des problèmes particuliers et urgents se posent et, là comme ailleurs, l'électro-encéphalographie, qui fait partie de la médecine, ne peut pas être réservée à la recherche pure ; chaque étape qu'elle franchit doit immédiatement être utilisée à des fins pratiques. On n'a pas attendu de savoir localiser les tumeurs cérébrales avec la précision actuelle, ni de connaître l'épilepsie au point d'en avoir changé la conception pathogénique, pour faire bénéficier les malades de cette nouvelle technique. Nous pensons qu'il doit en être de même avec les délinquants à condition, bien entendu, que les résultats obtenus ne soient interprétés qu'avec la prudence et l'expérience nécessaires.

C'est à ce propos que nous semble devoir être posé le premier principe de base en ce qui concerne l'utilisation de l'électro-encéphalographie en médecine légale : c'est que l'électro-encéphalographie est un examen technique complémentaire ressortissant à la neuro-psychiatrie. Cela nous amène à demander à l'électro-encéphalographiste d'être, d'abord, neuro-psychiatre (c'est là la position adoptée par la Société d'électro-encéphalographie de langue française).

Dans le cas particulier de l'expertise médico-légale, l'électro-encéphalographie fait partie d'un ensemble d'examens ; elle est pratiquée par un médecin qui donne ses conclusions en utilisant ses connaissances techniques et neuro-psychiatriques, mais ces conclusions ne doivent pas être définitives. C'est à l'expert auquel est soumis l'ensemble des examens qu'il incombera d'apprécier

l'interprétation de l'électro-encéphalogramme et de l'intégrer dans son diagnostic sous la forme qui lui semblera convenable car, si l'électro-encéphalographiste doit être neuro-psychiatre, il est indispensable que l'expert soit au courant de la technique électro-encéphalographique.

Si une divergence survenait, elle devrait être résolue par la discussion scientifique et, en tout cas, resterait mineure puisque, là comme ailleurs, le dernier mot doit toujours rester au clinicien et à l'expert.

Il en résulte un second principe, qui est l'impossibilité de concevoir une « expertise électro-encéphalographique » isolée et, encore moins, l'utilisation d'un résultat électro-encéphalographique sans tenir compte du contexte clinique.

Tant que l'examen d'un prévenu est conçu comme une série d'actes séparés, cette question peut, en effet, se poser.

Il peut arriver qu'un prévenu soit libre et subisse cet examen, ou qu'il soit hospitalisé en tant que détenu et que son médecin-traitant ait besoin d'un électro-encéphalogramme dans un but diagnostique. Dans les centres pourvus d'un laboratoire d'électro-encéphalographie, les examens n'ont pas toujours lieu sur des délinquants déjà condamnés, et une limitation qui exclurait les prévenus de cette investigation serait difficilement compatible avec l'existence d'une infirmerie que l'on priverait ainsi d'un examen de pratique médicale courante. Dans ces conditions, il se peut que l'électro-encéphalogramme ait été pratiqué avant que l'expert n'ait examiné le prévenu ; il se peut aussi que le juge d'instruction ou la défense le demandent avant qu'il ne le fasse lui-même.

Nous pensons, en ce cas, que le résultat en question doit être pris en considération par l'expert et recevoir son interprétation finale de sa part ; en utilisant les données purement techniques de l'électro-encéphalographiste, il les fera entrer dans ses conclusions générales. Lui seul sera compétent pour apprécier la valeur pratique des altérations. Il conclura dans le cas d'épilepsie confirmée — ou découverte — par l'électro-encéphalographie, si le délit a été commis en état de démence épileptique ou a été favorisé par le caractère épileptique ou, encore, a été perpétré indépendamment de toute influence morbide.

Il pourra, dans le cas d'anomalies plus minimales, évaluer le degré de responsabilité en établissant une corrélation entre cette dernière et le fonctionnement cérébral dont l'électro-encéphalographie est le reflet.

Il saura qu'un tracé normal ne signifie pas forcément que des

crises nerveuses, par exemple, sont simulées, et il pourra demander à ce que l'examen soit complété par certaines « activations » destinées à placer le sujet dans des circonstances biologiques aussi voisines que possible de celles du délit, tout en enregistrant, à ce moment, l'activité électrique de son cerveau.

Cette décision finale qu'il appartient à l'expert de prendre n'exclut évidemment pas la discussion et, plus généralement, la collaboration nécessaire entre les représentants des diverses disciplines juridiques, médicales et sociales qui contribuent à « l'instruction » au sens le plus large du terme, mais il semble qu'il y'aurait avantage à ce que cette discussion ait lieu pendant l'instruction et non après sa fin.

Nous nous proposons d'insister prochainement sur le problème que posent les constatations électro-encéphalographiques faites non seulement après l'instruction, mais encore après la condamnation. Ce problème n'est pas uniquement d'ordre médical, et nous voudrions, en le prenant comme exemple, montrer combien la collaboration des diverses disciplines est indispensable et comment, si elle était réalisée, la survenue d'un examen biologique inoffensif et objectif comme l'électro-encéphalogramme serait accueillie avec un esprit de compréhension et de critique scientifique bien fondées.

SOCIÉTÉ MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 11 janvier 1954

(à l'Hôpital des Enfants-Malades, Clinique de psychiatrie infantile du professeur G. Heuyer).

**Présidence : MM. D. SANTENOISE,
et G. COLLET, anciens présidents**

PRÉSENTATIONS

Deux cas de paralysie générale infantile, présentation de malades, par MM. S. LEOVICI, Y. ROUMAJON, P. PAUMELLE et SIMATOS.

Les progrès considérables réalisés dans la surveillance et le traitement de la syphilis entraînent une raréfaction apparente des lésions secondaires-tertiaires. Aussi nous a-t-il paru intéressant de vous soumettre deux observations de paralysie générale infantile que nous allons avoir l'honneur de vous exposer.

OBSERVATION 1. — Michel B... est âgé actuellement de 13 ans. Fils d'une femme syphilitique avérée, soignée au sixième mois de la grossesse, il a été suivi pendant toute son enfance à l'hôpital de Versailles. Son père a été tué à la guerre en 1945. Plusieurs examens de sang auraient été négatifs. La mère, âgée actuellement de 42 ans, a fait trois avortements spontanés avant la grossesse de Michel. La syphilis a été découverte à cette quatrième grossesse, qui n'a été suivie d'aucune autre.

L'enfant est venu à terme, présentant des syphilides érosives et un coryza à la naissance. Traité immédiatement par des frictions mercurielles, il a été ensuite traité au sulfarsénol. En 1947, un examen de sang s'est révélé fortement positif et le traitement est intensifié : sulfarsénol, bivatol et muthanol. En 1950, un bilan psychologique est pratiqué et révèle un âge mental de 6 ans pour un âge réel de 10 ans. L'enfant continue à être suivi, la sérologie restant positive, malgré tous les traitements. En mars 1952, on note l'apparition de troubles caractériels graves, sous forme de colères violentes,

clastiques, et d'hostilité envers sa mère, bagarres fréquentes. Il ne peut être gardé ni en école, ni en institut médico-pédagogique, où il a été placé quelque temps, ni à l'hôpital de Versailles. C'est alors qu'il est hospitalisé dans le service. Peu avant l'entrée, une ponction lombaire avait été pratiquée, qui donnait les résultats suivants : benjoin positif dans la zone syphillis. Bordet-Wassermann positif. Eléments : 14. Albumine : 0,70.

On avait fait également une encéphalographie gazeuse, qui montrait simplement une mauvaise injection de la corne frontale gauche.

A l'entrée, le garçon se présente coléreux, violent, agité. La parole est troublée, il n'existe pas de véritable dysarthrie, mais la prononciation est pâteuse, indistincte, surtout au début des phrases. L'examen neurologique ne montre rien de particulier, sauf une rigidité pupillaire, aussi bien à la lumière qu'à l'accommodation. Il existe un strabisme important de l'œil droit. Le niveau mental donné par les tests de Grace Arthur et Binet et Simon est de 7 ans pour un âge réel de 13 ans. *Examens complémentaires* : liquide céphalo-rachidien, Bordet-Wassermann positif + + +. Albumine : 0,30. Benjoin : floccule dans les douze premiers tubes. Le fond d'œil est normal à droite. Il existe à gauche un flou du rebord papillaire. L'encéphalographie gazeuse montre des images d'atrophie cérébrale diffuse. Les deux scissures de Sylvius sont largement injectées.

Traitement. — Une impaludation est pratiquée le 26 mars 1953, qui donne neuf accès interrompus par de la quinine. Le fond d'œil étant légèrement pathologique, on attendra jusqu'au 18 mai avant de commencer une série de stovarsol. Du 4 au 9 juin, Michel reçoit en outre 500.000 unités de pénicilline par jour. Le 30 septembre, on fait corriger chirurgicalement son strabisme. De nouveaux examens humoraux sont pratiqués le 17 novembre 1953. A cette date, le Bordet-Wassermann est négatif dans le liquide céphalo-rachidien, où la cytologie et la chimie sont normales, mais il reste positif dans le sang. On fait également un nouvel examen psychologique, mais il n'y a pas de changement dans le niveau mental.

En résumé, apparition en mars 1952, chez un débile mental, syphilitique ancien, de gros troubles du comportement et d'un syndrome neurologique faisant poser le diagnostic de paralysie générale ; impaludation. Amélioration légère du comportement. Aucune modification de l'état mental.

OBSERVATION 2. — Jean P..., âgé de 17 ans 1/2, dont le père était un ξ non traité, a eu une enfance absolument normale. Rien dans ses antécédents personnels ne saurait être retenu en dehors d'une énurésie persistant jusqu'à l'âge de 14 ans. D'une intelligence brillante, il fit une scolarité exceptionnelle, s'adjugeant tous les ans le prix d'excellence dans les différentes classes où il est passé. Ayant fait une sixième d'enseignement secondaire, il quitte, sur le désir de ses parents, le lycée pour une école technique d'électricité, où il se trouve mêlé à des enfants beaucoup plus âgés. De petits troubles commencent alors à apparaître, sous forme de tics, de troubles discrets de la parole, de bouffées émotives. Mais l'enfant étant, du fait de son jeune âge, victime de nombreuses brimades, les parents ne s'inquiètent pas outre mesure, considérant ses troubles comme réactionnels aux vexations subies à l'école. On va noter cependant bientôt une baisse des résultats scolaires. A 14 ans, il échoue au brevet élémentaire, manifeste alors une anxiété profonde. Sa conversation est étrange, sans suite, la parole se fait maladroite, explosive. Devenant également malhabile, il laisse tomber tout ce qu'il tient.

Il est à ce moment-là examiné par un médecin, qui adoptant la thèse psychogène de la famille, entreprend un traitement psychothérapique qui va durer un an. Après ce délai, et l'enfant ayant entre temps été reçu au certificat d'études primaires, on lui fait subir un examen d'orientation professionnelle, qui n'indique pas d'autre possibilité pour lui que d'être placé chez un artisan pour aider à la fabrication des bonbonnières. Cependant, les parents ne renonçant pas à leur thèse, présentent l'enfant dans une consultation spécialisée en vue d'une nouvelle psychothérapie. C'est alors qu'on leur conseille de le faire hospitaliser et qu'il entre dans le service. A ce moment, son aspect est très particulier : faciès figé, bouffi, évoquant d'emblée l'évolution d'une encéphalite. On note une hypersialorrhée, des tics nombreux et variés, de la face, du cou, des genoux, ainsi que des bouffées vaso-motrices importantes. Les troubles de l'élocution sont caractéristiques, à forme de dysarthrie, s'objectivant facilement aux épreuves classiques, où abondent élisions, inversions, télescopes des syllabes.

L'examen neurologique montre des pupilles inégales, complètement rigides, aussi bien à la lumière qu'à la convergence. Il existe un signe de Romberg fruste. Le reste de l'examen neurologique est normal. L'état général est bon. La puberté est acquise.

Examens complémentaires. — La ponction lombaire pratiquée à l'entrée donne les résultats suivants : 83 éléments par mm³ ; albumine : 0,50 ; sucre : 0,50 ; Bordet-Wassermann : fortement positif ; électro-encéphalogramme : normal ; Bordet-Wassermann dans le sang : positif ++++. Le niveau mental mesuré au test de Wechsler donne un quotient intellectuel de 71.

Le psychologue précise que le sujet dispose encore d'un bagage de souvenirs et d'un certain nombre de mécanismes intellectuels, mais qu'il ne sait plus en tirer parti. Entre autres, alors qu'il passe ses journées à faire des opérations avec des nombres de plus de six chiffres, il se montre incapable de résoudre une soustraction absurde simple. Le niveau scolaire se situe aux environs de 10 ans.

Traitement. — Devant ce tableau, on pratique une impaludation le 6 novembre 1953. Le patient fait huit accès fébriles, interrompus par de la quinine le 24-11-1953 en raison d'une tendance au collapsus vasculaire. On commence ensuite un traitement par le stovarsol. Les examens complémentaires sont alors refaits, et donnent les résultats suivants : liquide céphalo-rachidien, benjoin dévié dans la zone syphilitique ; Bordet-Wassermann : positif ++++ ; éléments : 6,4 au lieu de 83 ; albumine : 0,30. Le Bordet-Wassermann dans le sang est toujours positif. L'encéphalographie gazeuse révèle une importante atrophie corticale et sous-corticale diffuse et bilatérale. Le niveau intellectuel au Wechsler marque une très légère amélioration, compte tenu d'un apprentissage possible. Le quotient intellectuel est de 83 au lieu de 71.

En résumé, chez ce garçon présentant des troubles neurologiques certains, inégalité pupillaire, dysarthrie, ataxie fruste, l'examen a précisé un déficit intellectuel important d'aspect particulier, car la pensée fait constamment appel à des mécanismes anciens qui n'atteignent plus leur but. L'anamnèse permet de parler d'une véritable régression mentale, et il faut noter, ce qui correspond à la description classique, l'absence de délire et l'absence de cénestopathies, de désorientation temporo-spatiale, et l'absence de troubles

du caractère. On se trouve donc bien en présence d'une paralysie générale infantile.

Conclusions. — 1° Les deux malades que nous avons eu l'honneur de vous présenter sont atteints de paralysie générale infantile. Ils montrent l'un et l'autre un aspect particulier de l'évolution de cette maladie, puisque nous voyons chez le premier, déjà débile mental, survenir un affaiblissement progressif alors que nous assistons chez le second à un effondrement très rapide de facultés intellectuelles brillantes. Ainsi que l'ont affirmé tous les auteurs classiques, il n'y a dans cet affaiblissement global pas trace de délire.

2° Comme cela est la règle jusqu'à présent, le traitement ne conduit pas à une restitution *ad integrum*. L'évolution de la maladie est stoppée, le niveau mental se fixe au point où il était lors de l'installation du traitement. Et il n'y a aucune récupération.

3° Sans doute, la paralysie générale infantile est-elle une affection très connue, mais contrairement aux affirmations de certains, il existe encore des syphilis héréditaires, et devant tout enfant suivi pour spécificité présentant des troubles du caractère et du comportement, il faut songer à la paralysie générale.

Deux cas de schizophrénie infantile, présentation de malades, par MM. S. LEBOVICI, P. PAUMELLE, LALOU et M^{lle} D. KALMANSON.

Les deux observations que nous avons l'honneur de vous présenter sont celles de deux schizophrénies infantiles ; pour le premier, Jean-Marie, les premiers signes de psychose discordante sont apparus à 6 ans 1/2 ; pour le second, Gérard, à 9 ans.

OBSERVATION 1. — Jean-Marie, actuellement âgé de 10 ans. Les antécédents familiaux sont particulièrement chargés. Du côté paternel : un arrière-grand-père suicidé, une grand'mère internée pour des accès de psychose maniaco-dépressive, un grand-père déséquilibré, une grand'tante, sœur du précédent, internée pour un épisode dépressif à la suite d'un bombardement. Le père est un polytechnicien inventeur, schizoïde et rationalisant. « Seulement un cerveau », dit sa femme. Du côté maternel : un cousin germain de l'enfant s'est fausement dénoncé à la police comme l'assassin de l'actrice Crieri. La mère est une déséquilibrée, volontiers perverse, autoritaire. Le père et la mère sont séparés depuis 1950, à la suite de nombreuses querelles avec menaces de coups de couteau de la part de la mère.

Jean-Marie est né après onze ans de mariage. Il est fils unique. La grossesse est marquée par des vomissements incoercibles du deuxième au neuvième mois. L'évolution psychomotrice de Jean-Marie semble normale jusqu'à 18 mois. A cet âge, primo-infection sévère. A 2 ans 1/2, hospitalisation à Trousseau pour un deuxième épisode fébrile non caractérisé. Les premiers

mots n'apparaissent qu'après cet épisode. La propreté n'est acquise qu'à 3 ans.

Vers 3 ans également, premiers signes d'une évolution psychique inquiétante. Jean-Marie est émotif, timide, exigeant de sa mère des manifestations de tendresse continuëles.

A 6 ans, mis à l'école, il s'adapte mal, parle seul, pousse des rugissements, salit les murs avec de l'encre ; il est renvoyé. Quelques mois plus tard, le père abandonne la famille, les premiers signes de discordance apparaissent : rires immotivés, comportement incohérent : dans la rue, soulève les jupes des femmes et des prêtres, profère des obscénités, se jette dans les magasins sur les aliments.

Il entre le 14 novembre 1951 dans le service. Il présente un état d'excitation incohérent, avec peur, cris aigus, phrases stéréotypées telles que : « A la colombette tu feras un caractère », cet état alternant, soit avec une activité autistique (rêveries, litanies), soit avec des manifestations affectives intenses vis-à-vis de l'entourage (baisers, maniérisme). Le test de Binet-Simon est difficilement pratiqué et montre un niveau mental inférieur à 4 ans pour un âge de 7 ans 1/2. Une cure de Sakel est instituée au printemps 1952 sans amélioration notable.

L'encéphalographie gazeuse est sensiblement normale (cornes frontales et grande citerne légèrement dilatées). Liquide céphalo-rachidien normal.

En septembre 1952, l'état s'aggrave : contact plus difficile, énurésie, encopésie. Malgré toutes les tentatives pour maintenir un contact avec l'enfant, son comportement autistique s'intensifie. « J'aime mieux être bête », dit-il.

Actuellement, Jean-Marie reste le plus souvent calme dans son lit ou dans la cour à l'écart. Inactif, les jambes repliées sous lui, il n'est cependant pas immobile : gestes stéréotypés continuels, faisant presque toujours intervenir la bouche : grimaces, mâchonnement, martèlement des doigts sur la bouche. Gestes maniérés et ondulants des membres supérieurs. L'examen physique montre d'ailleurs une curieuse hyperlaxité ligamentaire au niveau des doigts. En dehors des grimaces, l'enfant semble perdu dans une rêverie, il chantonne souvent, marmonne des paroles incompréhensibles, les yeux dans la vague.

Ce comportement calme est fréquemment coupé par des crises inarticulées, des pleurs accompagnés d'une expression de terreur intense. Cette dernière manifestation semble répondre à une activité hallucinatoire et survenir à la suite d'attitudes d'écoute.

A l'interrogatoire, il répond volontiers d'une voix précieuse, ébauche des manifestations de tendresse : le maniérisme est au premier plan. Mais ses réponses, entrecoupées de nombreux barrages, sont proches de la classique verbigération ; phrases stéréotypées, telles que : « Vous êtes pourri, monsieur... j'ai peur des chiens. Chatou, chatou... j'aime les grandes vaches, mais j'aime pas les hébés. »

En résumé : apparition, chez un enfant de 6 ans 1/2, dont les antécédents familiaux sont chargés et l'évolution psychomotrice troublée, d'un tableau psychotique constitué presque d'emblée : délire de rêverie, avec maniérisme, stéréotypies, impulsivité. Deux ans et demi de soins n'ont guère modifié ce tableau, et depuis quelques mois nous avons noté des signes discrets évocateurs d'une activité hallucinatoire.

OBSERVATION 2. — Gérard est actuellement âgé de 15 ans. Il n'a pas d'antécédents psychopathiques connus, mais le grand-père maternel est sourd-

muet, la mère a été traitée pendant sa grossesse pour hérédo-syphilis et est actuellement hospitalisée pour tuberculose pulmonaire.

Enfant unique, Gérard est né en état de mort apparente et a été réanimé. Son premier développement psychomoteur est strictement normal. De 2 à 8 ans, le milieu éducatif auquel il est confié est très particulier : chez les grands-parents maternels, il est constamment seul avec le grand-père sourd-muet ; la grand'mère travaille ; « élevé comme un sauvage », sans contact avec des enfants de son âge jusqu'à 6, 7 ans. Il parle seul, gesticule et crie. Il est craintif et plein de tics. En classe à 6 ans, il s'adapte relativement bien. A 8 ans, il revient chez les parents. Scolarité normale.

A 9 ans, son comportement change à la suite d'un incident de vacances. Sorti à bicyclette malgré la défense, il renverse un vieillard dont les varices se mettent à saigner. Ce dernier menace de porter plainte et la famille de Gérard, sans le punir, l'accuse de la mettre sur la paille. Depuis, Gérard manifeste une anxiété grandissante, parle de s'enfuir, s'agite beaucoup en classe et le rendement scolaire baisse.

Après une consultation à Henri-Rousselle, où l'on trouve un âge mental de 7 ans au Binet-Simon, pour un âge réel de 9 ans, il est placé successivement à l'institut médico-pédagogique d'Etiolles, puis de Neuilly-sur-Marne. Les paroxysmes anxieux s'intensifient et se rapprochent : il se roule à terre, menace de se jeter par la fenêtre, raconte des histoires incohérentes. A des gestes impulsifs.

Il entre dans le service le 6 octobre 1949, à 10 ans 10 mois. L'anxiété considérable est encore au premier plan. Il n'est ni désorienté, ni halluciné, mais présente des troubles de l'attention et une amnésie de fixation. Tics nombreux.

Sa morphologie est très particulière : crâne en pain de sucre avec bosses frontales exagérées, visage asymétrique. Stigmates dégénératifs : axyphoïdie, voûte palatine ogivale. La radio du crâne montre un os frontal vertical avec impressions lacunaires. L'électro-encéphalogramme et l'encéphalographie gazeuse sont normaux.

Quelques jours plus tard, des thèmes délirants commencent à s'extérioriser sur un fond anxieux. Une série de cinq électro-choes est pratiquée, qui fait disparaître l'anxiété mais non les tics et les troubles du comportement : violent avec les autres enfants, il cherche à s'enfuir, urine dans sa timbale, dépose ses excréments sur des bouts de papier.

Une cure de Sakel est entreprise, à la fin de laquelle une sortie en milieu familial est tentée. Pendant ce séjour, des hallucinations psychiques extrêmement nettes apparaissent : il est sous l'influence de Michel Emer, qui est « comme dans lui » et qui veut l'entraîner à la cave pour le masturber. Il se roule à terre. C'est le début d'un véritable délire de possession, qui va désormais rester au centre du tableau clinique.

Hospitalisé de nouveau en novembre 1950, il se calme, car il se sent protégé à l'hôpital contre ses hallucinations. Fin 1951, une nouvelle sortie est tentée : les hallucinations reprennent rapidement, mais, fait notable, à l'école le travail et la conduite restent bons. Il est réhospitalisé en juin 1952 : toujours anxieux, impulsif et stéréotypé. Une leuco-topectomie préfrontale bilatérale des aires 9 et 10 est effectuée le 15 juillet 1952. Moins anxieux à la suite de l'intervention, mais également moins actif, il reste stéréotypé et délirant.

En décembre 1952, anxiété et hallucinations reprennent. Le quotient intel-

lectuel, qui était de 83 avant et immédiatement après l'intervention, tombe à 66 au Wechsler. Une nouvelle cure de Sakel est entreprise sans résultat. Après plusieurs paroxysmes délirants et hallucinatoires, accompagnés de réactions agressives fréquentes, il réclame un couteau pour tuer tout le monde. En septembre 1953, le comportement se calme nettement.

Actuellement, il n'exprime plus son délire et ne parle pas de ses hallucinations. L'anxiété disparaît. Complètement inactif, il se masturbe sans arrêt. Sa pensée est floue. Il répète des phrases stéréotypées : faites-moi aller à l'école, voulez-vous voir ma mère... La mimique devient de plus en plus discordante. Cependant, la détérioration au test de Wechsler ne s'accroît pas. Son quotient intellectuel global est de 69, légèrement supérieur à celui de l'an passé.

En résumé : né d'une famille sans antécédents psychopathiques, après un premier développement psycho-moteur normal, Gérard a présenté depuis l'âge de 9 ans un état anxieux atypique quasi-permanent avec impulsivité, stéréotypies, actes incohérents. Malgré deux cures de Sakel, il extériorise vers 11 ans un délire de possession avec hallucinations psychiques très actives. La topectomie bilatérale, suivie d'une cure d'insuline, amène une sédation réelle de l'anxiété, de l'impulsivité et de l'activité délirante.

Conclusions. — Nos deux observations tirent leur intérêt de la précoce de l'apparition des troubles. Depuis l'observation princeps de Sancte de Santis, de telles publications sont rares.

Dans les deux cas il s'agit de fils uniques, et tous deux ont grandi dans un milieu familial perturbé. Mais l'apparition des symptômes psychopathiques s'est produite dans un contexte très différent. Jean-Marie a une hérédité psychopathique très chargée et une évolution psychomotrice du premier âge troublée. Gérard présente, au contraire, des antécédents héréditaires indemnes de toute affection psychopathique et son évolution psychomotrice fut normale jusqu'à 6 ans. Le début clinique à 9 ans est beaucoup plus tranché par rapport à l'évolution antérieure.

Rappelons, pour terminer, les différences symptomatiques : *Jean-Marie* présente surtout un délire de rêverie accompagné de signes de la série catatonique : négativisme, stéréotypies nombreuses et variées, maniérisme, impulsion, sans information hallucinatoire certaine. *Gérard*, après un état anxieux atypique, témoin du début d'un syndrome d'influence, a extériorisé rapidement un délire de possession avec manifestations psycho-sensorielles très actives.

DISCUSSION

M. M. LECONTE. — Je désirerais savoir sur quel critère le diagnostic de schizophrénie est porté dans le deuxième cas présenté.

A entendre ce garçon, en contact avec le réel, s'intéressant aux questions, sans indifférence apparente, ce diagnostic — qui pour moi n'a pas une importance majeure si chacun définit le sens dans lequel il emploie tel ou tel terme — ne serait peut-être pas admis par tout le monde.

Deux cas de schizophrénie de l'adolescence, présentation de malades, par MM. S. LEOVICI, Y. ROUMAJON, MORIN et M^{lle} BOURREAU.

Les deux malades que nous avons l'honneur de vous présenter sont atteints de schizophrénie ; pour l'un et l'autre, le mode d'entrée dans la maladie a été différent, et il s'agit seulement de deux exemples de la multiplicité des débuts de cette maladie.

Voici les observations :

OBSERVATION 1. — Michel L., actuellement âgé de 16 ans. Nous avons peu de renseignements sur ses antécédents héréditaires car il a été élevé par une grand'tante maternelle. Son père est décédé au cours de la guerre civile espagnole. Sa mère l'a pratiquement abandonné. Autant qu'on le sache, pas d'antécédents psychopathiques.

Son premier développement semble avoir été normal. Toutefois, on peut noter qu'il a suivi un traitement vraisemblablement anti-syphilitique pendant la première année.

Il a toujours vécu seul avec sa grand'tante, qui l'a beaucoup couvé, ne l'a envoyé à l'école qu'à 8 ans. Là, il semble avoir été le souffre-douleur de ses condisciples. Néanmoins, il a passé son certificat d'études de bonne heure, à 12 ans, et a été ensuite inscrit dans un cours complémentaire.

Il n'a pas présenté de troubles du comportement durant cette période de sa vie, mais est resté très isolé, ayant des préoccupations de caractère volontiers métaphysique. Au moment de sa première communion, il a traversé une période d'inquiétude marquée par des scrupules religieux, une pudeur exagérée. De plus, il dort mal.

Toutefois, les troubles mentaux qui l'amènent à être hospitalisé ont débuté assez récemment. En octobre 1953, au même moment où est survenu un épisode fébrile de courte durée, surviennent des préoccupations manifestement délirantes au sujet de sa tante, et des troubles de l'humeur à type d'excitation.

L'état actuel est le suivant : le malade parle à voix basse, sur un ton confidentiel ; son langage est très maniéré. Il existe un délire à thème politique et religieux : les catholiques, et en particulier sa grand'tante, sont menacés par les Russes, qui sont aux portes de Paris. Ses idées délirantes s'accompagnent d'hallucinations auditives : des voix intérieures l'avertissent du danger. Il est capable d'entendre à distance le bruit des boîtes des soldats. Il est par ailleurs anxieux, criant sans cesse, égrenant son chapelet, et surveillant la porte d'entrée de la salle.

L'intelligence est difficile à apprécier, car le malade est impossible à tester. Son niveau scolaire est relativement conservé en apparence, et se situe autour de 11 ans.

Il s'agit d'un sujet maigre, longiligne, acnéique, pubère, chez lequel l'examen physique et en particulier neurologique est négatif. Les examens biologiques, qui ont été pratiqués, donnent les résultats suivants : électro-encéphalogramme : normal ; numération globulaire : normale ; réserve alcaline :

50 volumes ; calcium : 113 mg. ; potassium : 190 mg. ; urée sanguine : 0 gr. 30 ; sodium : 3 gr. 37 ; protides : 78 gr. 50.

En résumé : apparition récente d'un délire complexe avec hallucinations auditives chez un sujet de 16 ans. Ces troubles surviennent chez un adolescent de tendances schizoïdes, qui a traversé vraisemblablement une période d'inquiétudes religieuses et obsédantes vers 12 ans.

OBSERVATION II. — André L... est actuellement âgé de 15 ans. Il est hospitalisé pour des préoccupations religieuses et politiques bizarres et inquiétantes. Pas d'antécédents psychopathiques particuliers. Il est l'enfant unique d'une famille normale.

Après une grossesse et un accouchement normaux, le premier développement n'a pas été strictement normal, puisque l'enfant n'a marché qu'à 3 ans et n'a parlé que tardivement, qu'à 3 ou 4 ans. On notera encore des manifestations d'anxiété nocturne avec terreurs multiples jusque vers 5 ans.

Sa vie familiale a été normale, mais il a été élevé par des parents vraisemblablement anxieux, qui l'ont beaucoup couvé. Sa scolarité est normale. Toutefois, à partir du moment où il a fréquenté le lycée, elle a été moins bonne ; il a redoublé la 5^e. Il est entré en octobre 1953 en 3^e secondaire.

Ses préoccupations semblent dater d'il y a deux ans. Il s'est intéressé particulièrement aux pays étrangers ; il a voulu se faire protestant en 1953. En même temps, il commence à se désintéresser de ses études. En novembre 1953, il refuse d'aller au lycée, disant qu'il est fou.

A l'examen, il se présente avec trop d'aisance ; il a des sourires condescendants ; son ton est maniéré. Sans aucune gêne, il fait part de ses préoccupations politiques : il désire se mettre au service des Anglais et des Allemands. En même temps, il s'intéresse à la Bible, qui est « son livre de chevet ». Il a voulu se convertir au protestantisme parce que c'est une religion plus rigide. Il a un désir extrême de perfection morale. Dans l'ensemble, cette richesse verbale recouvre un fond idéique pauvre et ses préoccupations sont finalement très niaises. André n'est nullement anxieux. Il n'y a pas de syndrome d'influence. Toutefois, il existe peut-être des signes très nuancés d'automatisme mental : « l'harmonium » exprime directement la voie de Dieu, comme cela lui a été révélé par une intuition. Il pense qu'on se livre à des pratiques magiques sur lui. Les examens cliniques sont négatifs.

Examens complémentaires : électro-encéphalogramme : normal ; encéphalographie gazeuse : dilatation ventriculaire, atrophie prédominante dans la région frontale ; numération globulaire : normale ; Wassermann : négatif ; urée sanguine : 0 gr. 50 ; potassium : 200 mgr. ; calcium : 98 mg. ; sodium : 3 gr. 12 ; protides : 74 gr. ; réserve alcaline : 70 volumes ; liquide céphalo-rachidien : normal.

L'examen psychologique montre un niveau mental normal. Quotient intellectuel : 102 au test de Wechsler.

En résumé : apparition depuis environ deux ans, chez un garçon de 15 ans, de préoccupations politiques, religieuses, bizarres et niaises, exprimées sans anxiété. Maniérisme. Désintérêt scolaire. Ebauche de syndrome d'influence.

Conclusions. — 1^o Ces deux malades sont atteints vraisemblablement de schizophrénie. Toutefois, le diagnostic ne saurait être affirmé qu'avec un certain recul, qui demandera une longue observation.

2° Dans les deux cas, il s'agit d'enfants élevés dans une atmosphère « surprotective », tous deux schizoïdes. Mais la voie d'entrée dans la maladie a été très différente : dans l'observation 1, un délire complexe avec hallucinations est rapidement apparu ; dans l'observation 2, il s'agit plutôt d'une forme de délire dogmatique avec rationalisme morbide, et peut-être syndrome d'influence discret.

3° On notera que, dans les deux cas, la kaliémie est au-dessus de la normale. Dans l'observation 2, l'encéphalographie gazeuse montre également des lésions vraisemblables du cortex. On ne peut tirer de conclusions de ces perturbations humorales.

4° Dans les deux observations, les idées délirantes ont un contenu religieux et politique. Ce dernier est, à notre connaissance, peu fréquent chez l'enfant.

DISCUSSION

M. M. LECONTE. — Nous serions heureux de connaître l'état de l'onde T de l'électrocardiogramme de ces cas dits de schizophrénie où le chiffre du potassium est élevé.

Avec Pougetoux, dans les *Annales médico-psychologiques*, nous nous sommes intéressés à ce problème après M. Baruk d'une part, et M. Chatagnon et Mlle Joannais d'autre part.

L'on sait l'importance qu'a la mesure de l'onde T dans le métabolisme du potassium et l'intérêt, peut-être diagnostique, de ses éventuelles variations dans les syndromes discordants.

Nous remercions M. Lebovici, qui se prépare à pratiquer les électrocardiogrammes, de nous promettre la communication des résultats.

Débilité mentale évolutive, présentation de malades, par MM. S. LEOVICI, H. DANON-BOILEAU, M^{me} F. BENHAMOU et M. BARBIER.

Les deux observations que nous avons l'honneur de vous présenter illustrent différents aspects de la débilité mentale évolutive, telle qu'elle fut décrite par Lamache et Targowla.

OBSERVATION 1. — Jean-Pierre R..., âgé de 7 ans, troisième enfant d'une famille unie, entre le 30 novembre 1953 dans le service pour troubles du comportement et tics.

Antécédents familiaux : père, 45 ans : rien à signaler ; mère, 40 ans : tendances dépressives ; a fait deux crises réactionnelles nettes, l'une à l'âge de 15 ans (mort d'un frère), l'autre à 34 ans (difficultés matérielles). Très méticuleuse et passive.

Fratrie de l'intéressé : deux sœurs aînées : rien à signaler en dehors d'une scolarité médiocre ; un frère de 4 ans : contrôle sphinctérien non acquis ; une sœur de 2 ans : rien à signaler.

Jean-Pierre, né en 1946 ; grossesse, accouchement : rien à signaler. Premier développement psycho-moteur : retard discret avec marche à 2 ans,

premiers mots vers 2 ans, phrases vers 3 ans 1/2. Enurésie encore quotidienne. Sur ce fond de retard se sont greffés des troubles multiples, marqués par des régressions du comportement, qui semblent se polariser autour de deux événements : 1) la naissance de son frère en 1949, envers lequel il manifeste une grande jalousie : dès lors, refuse de manger seul, exige d'être nourri à part par sa mère ; 2) un changement d'école maternelle. Apparition, à ce moment-là, de troubles du caractère : colères, puis d'un comportement véritablement obsessionnel : renverse tous les liquides qui sont à portée de sa main, demande qu'on tienne verres et tasses pour qu'il n'ait pas le désir de les renverser. Ceci a actuellement disparu. De même, pour une phase de coprolalie. Par contre, des tics du visage et un tic de cri, apparus il y a un an, persistent encore. Renvoyé de l'école, où il était opposant et semi-muet, parce qu'un jour il s'est mis à hurler sans arrêt jusqu'à ce qu'on le reconduise chez lui. Cet ensemble de troubles motive son hospitalisation.

A l'examen, instabilité extrême ; tics de cris fréquents, brefs, soudains, survenant lorsque l'enfant est ému, effrayé, lorsqu'on le contrarie, au premier contact avec une personne étrangère. Ces cris s'accompagnent d'un mouvement de l'épaule et du bras. Important retard intellectuel : 4 ans 5 mois au test de Binet-Simon, pour un âge réel de 7 ans, lié en partie seulement à l'absence de toute connaissance scolaire. Dessins stéréotypés et pauvres, confirmant le retard. Jeux très incohérents en apparence, mais surtout ambivalents dans leur contenu.

Examen physique : rien à signaler ; électro-encéphalogramme : rythme de base lent et labile. Devant ce tableau clinique, trois diagnostics peuvent être discutés : débilité simple, en faveur de laquelle on relève le retard du premier développement psycho-moteur ; névrose obsessionnelle, dont les tics seraient une manifestation, mais ils en diffèrent par leur caractère très impulsif, par l'absence d'anxiété, ainsi que des autres symptômes habituels de cette névrose. En fait, une telle régression du comportement, que n'explique pas seulement un conflit affectif banal, donne l'impression d'une évolutivité vers un état très grave.

OBSERVATION 2. — Gilbert N..., âgé de 17 ans, hospitalisé le 23 décembre 1953 pour un état hallucinatoire. Il est l'aîné de deux enfants.

Antécédents familiaux : rien à signaler.

Antécédents personnels : grossesse normale, réanimation pendant dix minutes à la naissance. Important retard du premier développement psycho-moteur : ne tient pas assis à 1 an ; marche : 2 ans ; premiers mots : 2 ans 1/2. A 5 ans 1/2, à la suite d'une coqueluche, primo-infection sévère ; envoyé en préventorium, où il demeure trois ans ; pendant son séjour, il est opéré pour hypospadias. Placé ensuite à l'institut médico-pédagogique de Neuilly-sur-Marne pour arriération mentale, puis au centre de Bonneuil pendant trois ans. Au cours de l'évolution on note, sur ce fond de débilité mentale, des poussées d'aggravation marquées par une grande hostilité à l'égard du frère cadet, et depuis un an des crises de larmes motivées par la peur d'être abandonné, et s'accompagnant de menaces de suicide. Enfin, en novembre, se déclare un épisode délirant, au cours duquel Gilbert s'accuse d'être l'auteur d'un crime dont parlent tous les journaux. Il est alors hospitalisé à Henri-Rousselle puis aux Enfants-Malades.

A son entrée dans le service, il présente un net syndrome d'automatisme mental, avec notamment hallucinations psychiques, écho et prise de la pen-

sée, vagues idées d'influence, communications à distance, idées de persécution par ses camarades de Bonneuil, sans systématisation nette. Pas de confusion. Les tests confirment le débilité importante : 7 ans 1/2 au test de Binet-Simon pour un âge réel de 17 ans. Dessins du niveau de 7 ans. Niveau scolaire inférieur à 7 ans.

Examen physique : type leptosome dégénératif, maigreux, hypospadias opéré, cypho-scoliose importante. Débilité motrice. Par ailleurs, rien à signaler. Examens complémentaires : sang, Bordet-Wassermann et électro-encéphalogramme : rien à signaler.

Au cours du séjour dans le service, Gilbert devient progressivement moins anxieux, les phénomènes d'automatisme mental s'estompent, mais des préoccupations hypochondriaques avec interprétations pauvres s'affirment. Il se plaint de douleurs multiples, qu'il rapporte à l'intervention pour hypospadias, sans idées ni interprétations délirantes concernant les médecins.

En résumé, il s'agit d'un adolescent ayant présenté une anoxie à la naissance, un important retard du premier développement psychomoteur, puis une débilité mentale grave, qui a passé onze ans dans différents internats et chez lequel est apparu récemment un épisode hallucinatoire aigu. Les crises de larmes, apparues sans motif il y a un an, peuvent traduire l'existence d'une poussée évolutive, d'autres phénomènes antérieurs ayant pu passer inaperçus. Le diagnostic avec une bouffée délirante polymorphe des dégénérés se pose. Celles-ci ne sont parfois qu'une première manifestation et un mode de début d'une schizophrénie ultérieure, qui nous semble ici à redouter.

Lamache et Targowla ont mis l'accent sur l'aspect évolutif de la débilité ; cet aspect dynamique est caractéristique des troubles psychiques de l'enfant, dont l'évolutivité est de règle jusqu'à la fin de la puberté. On peut observer dans la débilité mentale évolutive une forme dans laquelle les troubles neurologiques sont au premier plan du tableau clinique, et il n'est pas rare de voir se greffer une épilepsie.

D'autre part, on peut assister à une véritable désintégration affective avec apparition de tics, d'éléments rappelant les phénomènes obsessionnels, mais sans le contexte clinique de cette névrose.

Ailleurs, enfin, la débilité mentale évolutive est susceptible d'aboutir à une régression intellectuelle profonde, simple ou s'accompagnant d'un état schizophrénique hallucinatoire.

C'est à ces deux derniers aspects — détérioration affective d'une part, intellectuelle d'autre part — que répondent les deux observations que nous vous avons présentées (1).

(1) LAMACHE et TARGOWLA : Contribution à l'étude des encéphalopathies infantiles frustes. Valeur nosologique de la débilité mentale. La débilité mentale évolutive. *Paris médical*, mars 1928, 1, pp. 221 à 225.

Un cas de tic d'aboiement,

par M. G. HEUYER, M^{lle} J. TEYSSEYRE, M. J. PAUPE et M^{lle} MARTINET

L'observation de l'enfant, que nous avons l'honneur de présenter, est celle d'un tic d'aboiement dont l'apparition et l'évolution sont intéressantes à suivre pour confirmer l'existence de ce trouble comme manifestation d'une névrose obsessionnelle.

Pierre M... est un enfant de 12 ans 1/2, hospitalisé dans le service de M. le professeur Heuyer pour des tics d'aboiement et de râlement. L'histoire des tics est difficile à reconstituer d'une façon très précise. Leur apparition remonte à deux ou trois ans, alors que l'enfant approchait de 10 ans.

Dans un premier temps, il s'est agi de *tics* essentiellement *faciaux*, de forme variable, atteignant successivement les yeux, la bouche, le nez. Les mouvements parasites se localisaient à une région du visage pendant une durée allant de quelques semaines à quelques mois, pour ensuite disparaître, laissant place à d'autres secousses ou clignements d'yeux. Ces tics présentaient une très nette recrudescence dans les périodes de fatigue, de nervosité, et après des contrariétés. Au contraire, pendant les vacances, ils tendaient à disparaître.

En 1951, pendant quelques mois, l'enfant devint particulièrement grossier, son langage était fait d'expressions ordurières. Nous n'avons que peu de renseignements pour cet épisode de *coprolalie*, la mère de l'enfant étant réticente sur ces faits et affirmant : « On l'a grondé, il s'est arrêté ; il ne disait jamais de gros mots devant moi. » A la suite de cette période, de durée relativement courte, l'enfant présente une série d'autres tics, d'ordre *respiratoire* et *phonatoire*. Ce fut principalement un *tic de râlement*, qui entraîna une intervention pour végétations adénoïdes. Le résultat fut une aggravation du tic.

Il y a huit mois, vers mars 1953, le tic devient un *tic d'aboiement* caractérisé qui, récemment, se modifia pour réaliser actuellement un tic d'éternuement, alternant avec le tic de râlement depuis réapparu. Celui-ci est particulièrement fréquent et intense quand l'enfant est en consultation et hospitalisé dans le service.

A son arrivée, l'enfant présente un *tic d'éternuement* plutôt que d'aboiement. C'est un tic incessant, qui demeurera tant que sa mère sera présente et qui disparaîtra après la séparation. Lorsqu'il est occupé par le jeu ou la lecture, l'enfant n'est l'objet d'aucun trouble. Mais les divers examens médicaux ou psychologiques le font réapparaître, de même que la vue de la mère. Au début du séjour à l'hôpital, les *tics faciaux* restent très fréquents, tendant seulement à diminuer à l'état de repos de l'enfant.

L'interrogatoire de l'enfant a permis de reconnaître aux divers tics un caractère *obsédant* net. L'enfant en ressent le besoin impérieux ; il en résulte une certaine satisfaction. D'autre part, on peut constater chez cet enfant des troubles obsessionnels déjà bien caractérisés. Pierre se livre à certains rites, en particulier la multiplication des prières, en vue d'atteindre la perfection. Il compte les marches d'escalier, par manie du nombre. Il regarde par terre en marchant pour éviter les saletés. Il se livre à des lavages de mains répétés de multiples fois. Quant au début des troubles, l'enfant le fait remonter à une date éloignée et attribue leur origine à l'imitation du cri de son frère.

Antécédents de l'enfant. — Le petit malade est le troisième enfant d'une famille de trois garçons. Le père, âgé de 50 ans, est comptable, et aurait présenté dans l'enfance certains tics faciaux. Coléreux, susceptible, il s'intéresse peu à ses enfants, avec lesquels il n'a aucun échange affectif. La mère paraît peu attachée au père, dont elle parle froidement. Celle-ci a 48 ans, s'est toujours bien portée. Intelligente, elle répond aux questions posées avec beaucoup de réticence, en paraissant « offensée », refusant de voir dans les troubles de son fils un quelconque élément psychique, et revendiquant pour lui une chambre isolée. Elle semble manifester beaucoup d'affection pour ses trois fils ; les aînés, respectivement âgés de 22 et 16 ans, n'ont jamais présenté de troubles pathologiques.

Il en était de même pour le dernier, Pierre, qui eut un développement psycho-moteur tout à fait normal. L'acquisition de la propreté fut facile et rapide, la mère ayant donné des habitudes fixes et régulières à l'enfant dès qu'il put se tenir assis, à 8 mois.

Jusqu'à 5 ans, l'enfant était particulièrement gai, mais à cet âge il commence à fréquenter l'école et dès lors son caractère se modifie totalement ; il devient susceptible, se vexant du moindre reproche. Coléreux, il part souvent s'isoler dans une pièce. C'est à 10 ans, peu après l'apparition des premiers tics, que l'enfant a sa vie très modifiée par le départ de toute la famille, à l'exception du fils aîné, au Maroc. Les tics faciaux déjà existants s'aggravent considérablement, les autres apparaissent et ne font que s'accroître pendant les deux années où l'enfant supporte mal le climat africain.

Au retour en France, en juillet 1953, les tics régressent nettement durant le temps des vacances, pour réapparaître avec une importance remarquable à la reprise de l'activité scolaire.

C'est un enfant d'intelligence normale (quotient intellectuel : 113 au Terman, traduisant un âge mental de 14 ans 7 mois pour un âge réel de 12 ans 8 mois). Il ne présente pas de difficultés scolaires et suit actuellement normalement une 4^e classique dans un cours secondaire privé. Mais il est la cause d'une gêne grave pour ses camarades, du fait de ses tics bruyants.

Bien que s'intéressant à tout, il se lie peu avec ses compagnons de classe, il est renfermé, rêveur, imaginaire. C'est un enfant émotif, dont l'exploration affective n'a rien montré de particulier si ce n'est les conflits habituels : inhibition devant le père, agressivité vis-à-vis du frère aîné.

L'examen somatique montre qu'il n'existe aucun trouble neurologique, moteur ou autre. L'électro-encéphalogramme est normal, de même que les divers autres examens complémentaires.

Il s'agit donc ici d'un enfant qui présente une série de tics phonatoires et respiratoires qui se succèdent dans le temps, le plus important étant le tic d'aboiement survenu après une période nette de coprolalie. Ces tics sont associés à des tics faciaux presque permanents.

Cet ensemble de troubles, leur mode d'apparition successive, est tout à fait caractéristique et a été décrit depuis longtemps par Gilles de la Tourette. L'absence de tout antécédent pathologique et de tout signe neurologique fait éliminer une origine encéphalitique.

Ce tic d'aboiement apparaît comme l'expression d'une névrose obsessionnelle. En effet, le tic d'aboiement succède à une phase de coprolalie et apparaît chez un enfant chez qui on a pu retrouver par ailleurs diverses obsessions de forme idéative ou gestuelle et chez qui l'influence de la vie scolaire est notable ; les premiers troubles du caractère sont apparus au début de la

scolarité ; les tics subissent une évolution parallèle à la fréquentation de l'école.

Cette observation revêt donc un triple intérêt :

- 1° le tic d'aboiement entraîne une gêne sociale considérable ;
- 2° il est la manifestation d'une névrose obsessionnelle ;
- 3° de ce fait, le traitement, essentiellement constitué par la psychothérapie, sera long et difficile. Il devra être mené dans des conditions rigoureuses, associé à l'isolement de la famille. Les résultats en sont incertains, les obsessions devant être guéries en même temps que le tic d'aboiement.

BIBLIOGRAPHIE. — GILLES DE LA TOURETTE : Affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination nerveuse accompagnée d'écholalie et de coprolalie. *Archives de neurologie*, 1885, n°s 26 et 27. — MEIGE et FEINDEL : *Les tics et leur traitement*, Masson, 1902. — ROUART (J.) : Psychopathologie des tics. *Evolution psychiatrique*, 1947, I, 267.

Présentation d'un cas de mutisme chez une enfant de 6 ans, par MM. G. HEUYER, H. DANON-BOILEAU, A. LALISSE, BELTAN et VAN STEENKISTE.

L'observation suivante concerne une fillette de 6 ans 8 mois, entrée à la clinique psychiatrique infantile pour mutisme. Ce cas se montre intéressant par les problèmes étiologiques difficiles qu'il soulève et par l'étude cinématographique qui a pu être faite.

Nadine C... est la cadette d'une fratrie de quatre enfants. Son père, âgé de 29 ans 1/2, actuellement ouvrier agricole dans la ferme de ses parents, est d'un caractère coléreux et impulsif ; cependant, pas d'éthylisme avéré. Ses parents sont bien portants mais, parmi ses cinq frères et sœur, l'un, grand arrière, a présenté des convulsions dans l'enfance ; un autre est mort à 8 ans d'une « méningite » ; enfin, un troisième s'est signalé par sa jalousie morbide. La mère, âgée de 29 ans 1/2, est très irritable et sujette à des crises de dépression. On ne signale pas, de son côté, d'antécédents psychiatriques.

Nadine a deux frères et une sœur : Jean-Max, 8 ans ; Joël, 5 ans ; Michèle, 3 ans 1/2 : leur développement psycho-moteur a été normal et aucun n'a présenté de trouble du comportement.

Antécédents personnels. — Grossesse sans incidents, accouchement normal, à terme, cri immédiat. Poids de naissance de 3.500 gr. Allaitement artificiel. Premier sourire à 6-7 semaines ; position assise à 5 mois ; première dent à 7 mois ; marche à 17 mois ; premiers mots à 16 mois, mais l'enfant n'a jamais fait de phrases. Son vocabulaire a toujours été réduit à quelques mots : « papa, maman, Jean-Max, attends, à moi ». Au début, elle manifestait son impuissance à se faire comprendre par des pleurs et des accès de colères. Par la suite, elle s'est habituée à s'exprimer par le geste ou par le dessin. Le contrôle sphinctérien a été acquis à 3 ans. Coqueluche à 20 mois, varicelle, sans complications. Jamais de convulsions.

Milieu familial. — Dès avant 1951, l'entente entre les parents n'était pas parfaite. Il semble cependant que, jusqu'à cette époque, il n'y ait pas eu de disputes en présence des enfants. Le père travaillait régulièrement et la mère accomplissait, chez elle, son métier de coiffeuse. Il n'y avait pas de difficultés financières ni de logement. En 1951, Nadine était alors âgée de 4 ans 1/2, à l'occasion d'une liaison de la mère, une violente dispute éclate entre les parents, en présence des enfants. Par la suite, ces scènes se répètent fréquemment et la mère, déjà irritable, le devient encore plus. Le divorce est prononcé en mai 1952 et les enfants sont confiés à leur mère. Ils vont chez leur père un jour par semaine, ainsi que pendant les vacances scolaires. Nadine n'a jamais été séparée du milieu familial ; elle s'est toujours montrée affectueuse et docile, mais aussi très émotive. Elle s'occupe de menus travaux ménagers et aime jouer avec ses frères et sœur, mais ne communique avec eux que par signes malgré tous les efforts faits par ces derniers pour la faire parler. Par ailleurs, Nadine se montre très coquette, très soignée. Le père insiste sur le fait qu'il n'a pas constaté de changement dans son comportement depuis la dissociation familiale et que, contrairement à ses frères, elle n'a jamais semblé réagir aux disputes familiales.

Nadine a fréquenté l'école maternelle d'octobre 1952 à juin 1953 ; elle dessinait, reproduisait les lettres écrites au tableau, participait aux jeux.

Dans le service, quand elle se trouve en présence du personnel médical ou infirmier, Nadine prend une attitude figée, le regard fixe et anxieux, la bouche entr'ouverte. Il est absolument impossible d'établir un contact avec elle. Elle ne semble pas comprendre ce qu'on lui dit, ne prononce aucune parole, ne fait aucun geste. Elle ne prend pas les objets qu'on lui tend, ne réagit pas aux stimulations répétées, et on est frappé par la conservation des attitudes imposées. On ne note pas de stéréotypies.

Mais son attitude se modifie lorsqu'elle est seule avec les autres enfants ; elle s'intéresse alors à ce qui l'entoure, dit quelques mots. Elle va chercher les autres enfants pour jouer et correspond avec eux par gestes. Depuis un mois, elle devient même dissipée, mais en même temps fait preuve d'une certaine méchanceté ; il lui arrive de mordre ou de griffer ses camarades. Toutefois, son attitude vis-à-vis des adultes ne s'est guère modifiée.

A l'examen clinique, on ne retrouve aucun signe neurologique de lésion en foyer. La marche, la force musculaire, le tonus, les réflexes ostéo-tendineux sont normaux. Pas de signe de Babinski. Pas de troubles apparents de la sensibilité. Les paires crâniennes sont normales sauf, peut-être, la huitième paire ; nous y reviendrons. Enfant gauchère, non contrariée. Par ailleurs, état pulmonaire et cardiaque normal.

Le niveau mental apparaît normal au test de Borel-Maisonny ; l'enfant réussit toutes les épreuves au-dessous de 6 ans, et les dessins sont d'un niveau de 7 ans.

Examen audiométrique. — L'absence du réflexe cochléo-palpebral semblait en faveur d'une surdité. Le peep-show box confirmait ce diagnostic en montrant une diminution de l'audition, particulièrement importante dans la zone du langage ; mais l'examen psycho-galvanique montrait une audition normale des deux côtés. Et l'observation de l'attitude de l'enfant montrait qu'elle tournait parfois la tête à l'appel de ses camarades.

L'électro-encéphalogramme, l'examen du fond d'œil, le liquide céphalo-rachidien aux trois hauteurs ne présentent aucune anomalie. Bordet-Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; hémoleuco-

gramme normal ; cuti-réaction à la tuberculine négative ; radiographie pulmonaire normale. Encéphalographie gazeuse : ventricules normaux, en place, pas d'image d'atrophie corticale.

En résumé, chez cette enfant, qui présente un état de mutisme remontant à la première enfance, on est frappé par son attitude d'opposition particulièrement nette en présence des adultes. L'interrogatoire nous apprend que l'enfant a toujours été émotive, mais que les troubles sont bien antérieurs à la dissociation familiale. Enfin, le problème de la surdité reste posé.

Généralement, l'étiologie des cas de mutisme est retrouvée assez rapidement, mais le cas que nous présentons se signale par les problèmes étiologiques difficiles qu'il soulève.

Le retard simple du langage ne se discutait guère ici, et l'absence de signes de localisation cliniques ou électriques permettait d'éliminer l'aphasie.

On a pu discuter l'arriération mentale en faveur de laquelle plaiderait le retard du premier développement. Mais les tests mentaux ainsi que les dessins montrent un niveau normal. D'autre part, l'acuité du regard et l'attitude anxieuse n'étaient pas celle d'une débile ; enfin, l'encéphalographie gazeuse ne montrait pas d'anomalie.

L'histoire clinique nous orientait vers l'hypothèse d'une surdité. Mais ce diagnostic n'a pu être confirmé. Nous avons vu la discordance entre les réponses données au *peep-show bow* et au réflexe psychogalvanique. D'autre part, le comportement de l'enfant est très différent de celui que l'on observe habituellement chez les sourds et il est rare, à cet âge, de ne pouvoir affirmer ou infirmer la surdité. Des séances de rééducation de la parole, avec ou sans amplificateur, ont été poursuivies depuis deux mois, très régulièrement ; elles n'ont pas amené de modification du point de vue de la parole et le contact affectif n'a été amélioré que d'une façon très minime. Le problème de la surdité n'est donc pas résolu mais de toute façon il semble qu'il ne peut, à lui seul, expliquer tous les troubles.

Une origine affective a été envisagée. Cependant, nous avons vu que l'apparition des troubles de la parole est bien antérieure à la dissociation familiale ; nous ne retrouvons pas de traumatisme affectif dans la première enfance ; enfin, l'analyse des dessins ne nous a pas amené d'éléments particuliers.

On peut se demander si ce mutisme n'entre pas dans le cadre d'une schizophrénie infantile. L'émotivité considérable, l'attitude d'opposition, l'impossibilité d'établir un contact, la conservation des attitudes plaideraient en faveur de cette hypothèse. On sait que les hallucinations et les délires sont rares dans la schizophrénie infantile. Celle-ci s'exprime par des troubles du comportement et parmi ceux-ci le mutisme est particulièrement fréquent. L'étude de l'enregistrement cinématographique semble plaider en faveur de cette dernière hypothèse ; mais le problème n'est pas résolu. De nouveaux examens audiométriques

ques, une surveillance prolongée seront nécessaires. De toute façon, le pronostic est sombre. Le mutisme chez l'enfant, en l'absence de trouble organique, est un symptôme grave ; il dénote une attitude d'opposition profonde, de refus, qui peut être rapprochée de celle de certaines anorexies.

Résumé. — Mutisme remontant à la première enfance chez une fillette de 6 ans 1/2. Le problème étiologique se montre particulièrement difficile. La surdité ne peut être affirmée du fait de la discordance des résultats donnés par les différentes épreuves. L'origine affective semble devoir être écartée. Enfin, la possibilité d'une schizophrénie infantile est envisagée du fait de l'émotivité considérable de l'enfant, de l'impossibilité d'établir le moindre contact et de l'attitude d'opposition.

BIBLIOGRAPHIE. — SANTE DE SANCTIS : Dementia precocissima catatonica. *Folio neuro-biolog.*, octobre 1908. — HEUYER (G.) et Mme MORGENSTERN : Un cas de mutisme chez un enfant myopathique ancien convulsif. Guérison du mutisme par la psychanalyse. *Société de psychiatrie*, séance du 17 mai 1927. — GOURDON (A.) : Mutisme acquis et persistant chez un enfant de 13 ans. *Annales médico-psychologiques*, 1921, I, 348. — CAUSSADE et MAIGNANT : Mutisme d'opposition et syndrome psychomoteur chez un enfant de 3 ans. *Revue médicale de Nancy*, 1936, p. 735. — HEUYER et COMBES : Mutisme psychogène chez un débile mental. *Annales médico-psychologiques*, t. II, p. 70, 1941. — LEBOVICI (S.) : Contribution à l'étude nosologique et psychopathologique de la schizophrénie infantile. *Evolution psychiatrique*, 1949, p. 329.

Un cas de bégaiement,

par M. HEUYER, M^{lle} J. TEYSSEYRE, M^{lle} ENET et M. TATSOGLOU.

L'observation de l'enfant que nous avons l'honneur de présenter est celle d'un bégaiement, d'origine affective, dont l'apparition remonte à l'âge de 4 ans et dont l'évolution n'a jusqu'à présent pas de tendance à l'amélioration.

Michel F... est un enfant actuellement âgé de 7 ans 10 mois, qui a été hospitalisé dans le service de M. le professeur Heuyer pour un bégaiement tonique persistant.

Antécédents familiaux. — Michel est le deuxième fils d'une famille de quatre enfants : l'aîné, un garçon, a 13 ans ; les plus jeunes sont deux jumelles, actuellement âgées de 4 ans ; ils sont tous bien portants, de même que les parents ; on note, du côté paternel, un bégaiement chez un cousin germain. Du côté maternel : un oncle, débile, a présenté des troubles psychiques au retour de captivité, et une tante, psychopathe, internée, est décédée à 28 ans.

Dans les antécédents personnels, on note que la mère de l'enfant a présenté une albuminurie importante au cours de la grossesse, et au 8^e mois elle fit un accident amnésique transitoire, d'une heure environ, sans perte de connaissance.

L'enfant, né cyanosé, a dû être ranimé pendant quelques secondes. Son développement psycho-moteur fut retardé dans l'ensemble ; marche à

18 mois, premiers mots à 3 ans ; à 5 ans, il n'était pas encore complètement propre. Aucun accident pathologique notable ; la mère précise que, dans sa première enfance, Michel était un bébé un peu trop calme, apathique.

Jusqu'à 4 ans, l'enfant a vécu chez ses parents, dans une ambiance familiale normale. Mais à cette époque, sa mère, enceinte, dut être hospitalisée en raison d'une fièvre typhoïde, et l'enfant fut envoyé chez ses grands-parents paternels, puis chez un oncle, et fut ainsi éloigné de la maison pendant six mois environ. A son retour, il trouva deux petites sœurs jumelles, âgées de un mois, et dont on lui avait annoncé la naissance. Il reste trois mois chez ses parents, on ne remarque rien d'anormal. Puis il part pour un séjour de 45 jours en aërium. Quand il revient, on constate qu'il bégaye.

Le 1^{er} décembre 1950, trois mois après l'apparition du bégaiement, l'enfant est vu à la *consultation* : on constate qu'il existe, outre le bégaiement, un retard de la parole. L'intelligence est bonne : niveau mental supérieur à 5 ans pour un âge réel de 4 ans 7 mois. On conseille une rééducation dans un établissement spécialisé. De septembre 1951 à juin 1952, il séjourne donc au Slos de Comte, où il suit des cours individuels d'orthophonie et des séances de coordination motrice. Après une amélioration transitoire des troubles au début du séjour, on observe une réapparition du bégaiement quand l'enfant est ému ou intimidé, et à son retour dans le milieu familial, la mère ne constate pas l'amélioration escomptée.

Revu à la consultation en juillet 1952, on note que l'enfant n'est plus énrétique, mais que son bégaiement reste très marqué, sans modification, par le retour à la maison. L'exploration affectivée ne montre pas de conflit particulier, mais une organisation psychologique très spéciale : toute agressivité, non culpabilisée, est soigneusement annulée. Il présente des hésitations interminables ; les tendances se complètent de minutie, de besoin de propreté : ainsi, pendant certaines épreuves de tests moteurs, l'enfant éprouve la nécessité de remettre en un ordre très rigide et systématique les pièces de monnaie, les allumettes, les cartes. Il est très ennuyé lorsqu'on l'interroge ; il semble tenir d'une façon obsessionnelle à ces rangements, qui le gênent par ailleurs dans les épreuves de vitesse. Toutefois, on ne retrouve pas d'obsession caractérisée. A l'examen, l'enfant était très inhibé et présentait également des tics des yeux.

En mars 1953, on décide de prendre Michel en observation : l'enfant bégaye toujours et, de ce fait, ne parle presque pas. Son débit est très lent. Il hésite longtemps avant de prononcer un mot. Parfois, il y a une décharge de trois mots successifs. Le trouble est un bégaiement uniquement tonique, accompagné de chuintement.

L'examen est complété : le niveau mental est de 7 ans 9 mois dans les tests de Binet-Simon pour 7 ans 7 mois d'âge réel. Au Terman-Merrill, le niveau est de 6 ans 4 mois (quotient intellectuel = 87). Les cubes de Kohs donnent un total de 80 = 12 ans. L'examen neurologique montre seulement une certaine paratonie avec quelques syncinésies. L'étude du développement de la motricité par le test d'Ozeretski donne un âge moteur approximatif de 6 ans 5 mois pour 7 ans 6 mois ; le résultat global est sensiblement normal, cependant la coordination statique générale et la mimique sont légèrement déficientes. La recherche de la dominance latérale montre peut-être une latéralisation incomplète au point de vue manuel. Les divers examens complémentaires sont tous normaux.

L'interrogatoire de la mère sur le comportement de l'enfant nous apprend

que l'enfant suit une scolarité normale avec un bon classement. Il est un peu instable, turbulent. A la maison, s'il s'entend bien avec son frère aîné, son attitude vis-à-vis de ses jeunes sœurs est moins bienveillante. A son retour, après leur naissance, il a conseillé à sa mère de les revendre. S'il n'est jamais vraiment agressif vis-à-vis d'elles, il est souvent taquin.

C'est un enfant affectueux, très émotif, qui a facilement des frayeurs. Il n'aime pas rester seul. Il déclare qu'il a peur des « loups évidemment, des éléphants, et des grosses bêtes comme cela ». Il a souvent des cauchemars. Il semble redouter son père, assez sévère et parfois injuste selon l'avis de la mère. L'enfant, pris en psychothérapie, parle peu de son père, et toujours plutôt pour le minimiser.

La mère lui apparaît très autoritaire. Par rapport à elle, il se sent faible et privé. Dès les premières séances, l'enfant a extériorisé des conflits, qui se présentent d'une manière orale : frustration de bonbons ; on note aussi l'agressivité vis-à-vis des jeunes sœurs, dont la présence entraînerait la pauvreté des parents, qui ont trop dépensé pour les acheter ; de plus, l'enfant conçoit son bégaiement comme une méchanceté et son séjour à l'hôpital comme une punition.

Il s'agit donc, dans cette observation, d'un bégaiement tonique survenant chez un enfant à développement intellectuel normal et sans troubles de latérisation importants, mais chez qui un certain déficit moteur existe : accidents énurétiques jusqu'à 6 ans, tics faciaux.

L'apparition du bégaiement coïncide avec la première séparation du milieu familial à 4 ans, en raison de la naissance de jeunes sœurs, qu'il n'a pas acceptées et qu'il considère comme la cause d'une frustration. L'échec de la rééducation phonétique isolée confirme la genèse en partie affective de ce bégaiement, qui s'est aggravé jusqu'à empêcher toute relation verbale de l'enfant avec l'entourage.

Le cas de cet enfant est intéressant :

1° par le fait de son retentissement sur l'activité scolaire et sociale du sujet ;

2° parce que ce bégaiement est essentiellement psychogène mais survenant chez un enfant présentant une certaine débilité motrice et chez qui on retrouve les manifestations habituellement associées au bégaiement : énurésie, tics ;

3° qu'il sera nécessaire d'instituer un traitement psychothérapique, auquel seront associées une rééducation de parole, de la gymnastique rythmique. Les conditions de vie de l'enfant en province demandent une hospitalisation avec poursuite de la scolarité dans le milieu hospitalier.

La séance est levée à 12 heures 45.

Le secrétaire général,
Xavier ABÉLY.

Séance du lundi 25 janvier 1954

PREMIÈRE SÉANCE

**Présidence · M. D. SANTENOISE, ancien président
et M. B. LOGRE, président**

Allocution de M. D. SANTENOISE, président sortant

MES CHERS COLLÈGUES. —

Le principal rôle du président d'une Société savante est incontestablement celui de respecter et de faire respecter la tradition. Celle-ci, longtemps maintenue par nos anciens présidents voulait que, chaque année, le nouveau président, d'une part, et le président sortant, d'autre part, prononcent une longue allocution dans la forme académique.

Le président sortant, avant d'installer le nouveau bureau, devait faire un long exposé des travaux de la Société effectués au cours de l'année écoulée, en dégager les principales conclusions et souligner les progrès qu'ils avaient fait effectuer à la psychiatrie.

Toutefois, devant l'évolution des conditions actuelles de la vie et devant le fait que le temps qui est accordé à chacun pour travailler, pour penser et pour exposer se réduit chaque jour de plus en plus, la tradition a évolué. D'abord, les présidents ont cessé de faire la revue générale des travaux de la Société, puis les nouveaux présidents ont réduit leur première allocution et enfin les discours des présidents sortants ont été ramenés, d'année en année, à des allocutions de plus en plus brèves.

Comme en tout il faut un juste milieu, je m'efforcerai, d'une part de respecter les règles de brièveté nouvellement établies, mais, d'autre part, de prendre néanmoins le temps nécessaire pour exprimer ma reconnaissance à la Société de m'avoir confié l'honneur de la présidence, pour dire toute ma joie de voir ce fauteuil occupé par mon maître et ami Logre, et enfin pour vous faire part de quelques réflexions du physiologiste impénitent que je suis.

Je crois que mon élection, il y a une trentaine d'années, comme membre titulaire de la Société médico-psychologique, a été pour moi la première accession à une Société savante. J'en ai été, à cette époque, profondément touché, car elle m'est apparue comme un inappréciable témoignage d'estime de mes maîtres et de nos anciens collègues.

Aussi, lorsque vous avez pensé à me désigner pour présider vos travaux, j'ai apprécié à sa réelle valeur l'honneur que vous me faisiez et le témoignage d'estime que les psychiatres français m'avaient ainsi manifesté quoi-que j'aie, au moins apparemment, pu sembler avoir abandonné leurs rangs.

J'ai été d'autant plus touché que je ne suis pas un transfuge de la psychiatrie et que si j'ai consacré le meilleur de mon temps à la physiologie, cela a toujours été avec l'obsession de pouvoir un jour transposer quelques-unes des connaissances ainsi acquises à l'étude des problèmes des mécanismes physiologiques de production et d'évolution des états psychopathiques.

Depuis que j'ai fait mes premières armes en clinique psychiatrique, guidé en particulier par mes maîtres Dagonnet, G. de Clérambault, Sérieux, Dupré, Laiguel-Lavastine, Claude, et par mes amis si chers, Logre, Tinel, Heuyer, Raynier et d'autres encore, je me suis voué à la physiologie, orienté par de grands maîtres, comme Charles Richet, Roger, et tout spécialement par un homme à qui on n'a jamais rendu l'hommage qu'il méritait et dont la virtuosité technique, l'érudition et le bon sens physiologique n'égalaient que la bonté. J'ai dit mon maître et ami Garreton.

Constamment, au cours de ma double carrière de psychiatre et de physiologiste, s'est posé à moi le problème de savoir comment et dans quelles limites le physiologiste pouvait apporter son concours à la physiopathologie et à la thérapeutique des névroses et des psychoses.

Il faudrait un véritable traité pour exposer, en fonction de l'état actuel de nos connaissances, tout ce que la physiologie peut apporter à la psychiatrie.

Il est possible néanmoins de dégager quelques considérations dont le développement constituerait une ébauche de méthodique, de physiologie psychiatrique.

Il faut tout d'abord rappeler que divers expérimentateurs ont pu provoquer chez l'animal l'apparition de syndromes se rapprochant de divers syndromes névropathiques ou psychopathiques. C'est ainsi qu'on a pu provoquer des états catatoniques expérimentaux rappelant les états catatoniques de la démence précoce. C'est ainsi que l'on a pu observer, chez le chien dépancréaté depuis longtemps et traité à l'insuline exempte de tous autres facteurs hormonaux, un syndrome caractérisé par un ralentissement considérable des réactions psychiques de l'animal, par de l'indifférence et par de curieuses stéréotypies.

Toutefois, ce type d'expérimentation et d'observation relève plus de la médecine expérimentale que de la physiologie proprement dite, car il ne nous permet pas encore de saisir les maillons de la chaîne des processus de dysrégulation qui ont entraîné l'apparition de ces syndromes.

Or, la physiologie est essentiellement l'étude des régulations des fonctions, tant de la vie végétative que de la vie de relation, et plus particulièrement des mécanismes d'harmonisation fonctionnelle.

C'est pourquoi il faut, en ce qui concerne les données physiologiques pouvant intéresser le psychiatre, faire une place à part aux magnifiques travaux de Pavlov et de son école sur les réflexes conditionnés.

Les travaux de Cannon ont permis, par ailleurs, une analyse déjà très poussée du rôle des réactions sympathiques et des décharges d'adrénaline surrénalienne dans les manifestations de l'émotion et dans les syndromes d'émotivité, apportant aux conceptions de Dupré et de Claude sur la constitution émotive une base physiologique particulièrement solide.

Je pense aussi que l'ensemble des récents travaux expérimentaux sur les corrélations entre le système nerveux végétatif, les noyaux gris sous-corticaux, et le système de la vie de relation apporteront au psychiatre des don-

nées particulièrement intéressantes. C'est là un problème dont l'étude m'a attiré et retenu depuis longtemps. J'ai autrefois présenté devant notre Société les résultats de recherches expérimentales qui ont permis de mettre en évidence l'influence de la concaténation neuro-glandulaire vago-thyroïdienne sur la régulation hormonale de l'activité de la zone psycho-motrice. Ces recherches, que je reprends actuellement sur des bases techniques nouvelles, me permettent d'espérer apporter de nouveaux éclaircissements sur les corrélations entre certaines dystonies neuro-végétatives et la production de certains syndromes d'excitation psychique.

L'étude des discordances que l'on peut créer expérimentalement chez le chien au niveau du gyrus sigmoïde apportera peut-être l'explication de divers troubles d'aiguillage de l'influx nerveux au niveau de l'écorce cérébrale permettant d'entrevoir certaines interprétations physiologiques de l'apparition et de l'évolution du syndrome d'automatisme mental de G. de Clérambault.

Toutefois, bien que Charles Richet ait dit à très juste titre que ceux qui voulaient opposer la clinique à la physiologie n'avaient rien compris, ni à la physiologie, ni à la clinique, il faut bien avouer, qu'en matière de physiopathologie psychiatrique, il est très difficile de passer de l'animal de laboratoire à la clinique humaine.

C'est pourquoi il est hautement désirable que le physiologiste se penche avec attention sur l'exploration des troubles fonctionnels, si importants chez les malades mentaux.

Toutefois, il ne saurait se contenter de ce que l'on pourrait appeler les bilans de biologie clinique. Il faut, en effet, que les explorations chimiques, physiques et physiologiques, soient pratiquées et coordonnées de telle façon qu'elles permettent un raisonnement aboutissant à préciser par quels mécanismes les perturbations observées peuvent intervenir dans la genèse des syndromes cliniques considérés.

Il faut à la fois une très grande rigueur dans l'établissement, la réalisation et la critique des méthodes d'explorations fonctionnelles utilisées et une très grande rigueur dans l'utilisation des données physiologiques en vue de l'interprétation physiopathologique. C'est incontestablement une tâche ardue et de longue haleine.

Néanmoins, les progrès effectués au cours des dernières années en matière de technique expérimentale d'étude du système nerveux, ainsi que la richesse de nos acquisitions concernant le rôle régulateur du milieu intérieur, des glandes endocrines et du système nerveux végétatif, permettent d'affirmer qu'à l'heure actuelle le physiologiste peut apporter au psychiatre un concours particulièrement efficace.

De la conjonction des deux disciplines clinique et physiologique doit pouvoir naître à bref délai une physiopathologie objective de certains syndromes névropathiques ou psychopathiques.

Les progrès de la chirurgie nerveuse permettent, en même temps que des résultats thérapeutiques quelquefois spectaculaires, l'observation expérimentale chez l'homme de modifications des réactions affectives et psychiques particulièrement importantes pour la physiologie psychiatrique.

Soulignons enfin que le rôle du physiologiste ne doit pas se limiter seulement à l'édification de théories physiopathologiques, mais peut apporter un concours notable au progrès de la thérapeutique des maladies mentales.

C'est ainsi que le précieux apport des biologistes et des cliniciens sur les

effets biologiques de l'électro-choque paraît devoir et pouvoir être complété par la mise en évidence de modifications de facteurs régulateurs tels que l'activité cholinestérasique du sang et des noyaux gris centraux, permettant d'interpréter le rétablissement de circuits physiologiques normaux de l'influx nerveux par modification des processus associatifs de facilitation ou d'inhibition liés au mécanisme de transmission chimique de l'influx nerveux.

C'est aussi au physiologiste que doit revenir la tâche d'expliquer les heureux effets de la cure insulinique ou d'interpréter et d'expliquer l'étonnante différence d'action des insulines suivant leur origine et leur état de purification.

Le physiologiste devra aussi se pencher sur le problème de l'exaltation ou de l'atténuation de certaines manifestations réflexes ou des processus de conduction et de transmission de l'influx nerveux.

Pour ces diverses raisons, il est à l'heure actuelle parfaitement possible au physiologiste d'apporter un concours utile au psychiatre. Pour ma part, je pense que depuis fort longtemps la coordination des efforts et des connaissances des cliniciens et des physiologistes doit permettre d'ouvrir une nouvelle ère des études psychiatriques.

C'est pourquoi, maintenant qu'il me sera permis de me départir de la neutralité que doit observer un président, je m'efforcerai de vous apporter, au cours des années à venir, les résultats des travaux de mon laboratoire, susceptibles d'intéresser la physiologie psychiatrique.

Il me reste à remercier les membres du bureau qui m'ont si amicalement et si efficacement aidé dans ma tâche de président, qui, je dois l'avouer, n'a pas été lourde. Je remercie aussi les membres du nouveau bureau du concours qu'ils veulent bien apporter cette année à la vie de la Société.

C'est pour moi une grande joie que de passer ce fauteuil à mon maître et ami Logre. Les circonstances ont voulu que je l'occupe avant lui, mais je tiens à lui rappeler que je le considère comme premier maître et mon véritable maître en psychiatrie. C'est lui qui est responsable du fait que je me suis tourné vers la physiologie car c'est lui qui m'a toujours vivement engagé, alors que j'étais son interne, à me préoccuper du problème des mécanismes de production physiologique des états pathologiques qu'il m'apprenait à observer. L'élève s'est efforcé de rester dans la voie indiquée par le maître.

Décès du professeur M. Laignel-Lavastine

M. D. SANTENOISE, *président sortant*, rappelant le décès déjà annoncé du professeur Laignel-Lavastine, annonce qu'en raison de l'importance et de la diversité des travaux du disparu, des études consacrées à son œuvre seront prochainement présentées.

Décès du D^r A. Fillassier

M. B. LOGRE, *président*. — MES CHERS COLLÈGUES. — Profondément affectés par la perte récente du D^r Fillassier, nous avons tous à cœur de rendre un pieux hommage au collègue éminent, dont la vie s'offre à nous comme un exemple, et qui fut, en même temps, pour nous tous, un ami.

Lorsque, naguère encore, je me promenais avec lui dans le parc de Suresnes, où son accueil était toujours si cordial et charmant, je ne soupçonnais pas que mon premier acte de président de la Société médico-psychologique serait de prononcer son éloge funèbre.

Fils d'un magistrat colonial, bien que né en France, il a passé une partie de son enfance aux Antilles. Il orienta d'abord ses études vers la carrière juridique et entra, comme rédacteur, au service d'hygiène de la préfecture de la Seine.

Sa thèse de doctorat en droit sur « la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène » avait la remarquable originalité de mettre au point les problèmes juridiques soulevés par l'avènement de la médecine sociale. Il suffit de lire cet ouvrage pour comprendre quels progrès ont été obtenus, depuis le début du siècle, en ce domaine, et comment il en a été l'un des principaux artisans.

Tout en continuant son labeur administratif, Fillassier, pour compléter sa formation intellectuelle, entreprit des études médicales qui aboutirent, en 1906, à une thèse de doctorat sur l'uncinariose devant l'hygiène sociale, où il abordait, une fois de plus en précurseur, la médecine du travail.

Docteur en droit et docteur en médecine, hygiéniste qualifié, il contribuait, avec Paul Strauss, à l'élaboration de textes législatifs qui ont peu à peu codifié l'hygiène sur le plan légal et social.

Quelques années plus tard, il entra par mariage dans la famille de Magnan. C'est ainsi que le juriste, devenu hygiéniste puis médecin, devient psychiatre par surcroît. Stagiaire bénévole mais chevronné, il s'initia à l'examen des malades mentaux, avec Simon et Juquelier, dans l'admirable service de l'admission de Sainte-Anne et sous la direction de son beau-père, qui était, sans aucun doute, à cette époque, le meilleur clinicien de la France et du monde.

La guerre de 1914-1918, l'arrachant à ses fonctions de statisticien de la Ville de Paris, fit de lui un médecin militaire, attaché finalement au service clinique et médico-légal du Val-de-Grâce, en compagnie de son maître vénéré Marcel Briand, et de ses amis, Maurice de Fleury, Roubinovitch et Achille Delmas.

Après la disparition de Magnan, c'est à lui qu'il incombait de diriger la maison de santé fondée à Suresnes par Magnan — clinique exceptionnelle, où le maître avait mis, à la disposition des particuliers, dans un établissement privé, la plus haute compétence des hôpitaux psychiatriques.

Fillassier n'en poursuivait pas moins sa collaboration avec Paul Strauss au ministère de la santé, où ses confrères, qui venaient lui demander ses avis, dont ils appréciaient la sûreté, venaient en lui le consultant officiel du droit psychiatrique et de la médecine sociale.

Il me paraît superflu d'énumérer ici la liste des publications fort nombreuses et d'ailleurs bien connues qui se sont succédé au cours d'une vie longue et active. Je retiendrai avec prédilection cet opuscule excellent : « La psychiatrie d'urgence », petit livre dense et mince, concentré comme un élixir, bréviaire de sagesse clinique et d'expérience consommée.

Au congrès de Londres, puis à Vienne, avec Magnan, il avait apporté une statistique des cas d'alcoolisme et de dégénérescence et, à propos du fonctionnement de l'Admission à Sainte-Anne, d'intéressantes considérations sur les problèmes d'assistance et de médecine légale. Juriste et psychiatre, il s'était constitué le défenseur de la loi de 1838. Sa conviction vigoureuse, qu'il

n'était pas facile de battre en brèche, se tempérant, au cours des interventions les plus mordantes, par une courtoisie toujours maîtresse d'elle-même et une bienveillance inépuisable.

A l'occasion du centenaire de Magnan, dont il se considérait comme le fils spirituel, il organisa une réunion brillante, terminée par l'inauguration du monument qui orne les murs de l'ancienne admission, elle-même dénommée aujourd'hui pavillon Magnan.

Officier de la Légion d'honneur et objet de multiples distinctions, que sa modestie n'avait pas recherchées, il trouva, sans le savoir, la récompense la plus chère de ses travaux dans cette présidence de la Société médico-psychologique, acceptée sur l'insistance affectueuse de René Charpentier. Il avait résisté d'abord par un scrupule excessif, alléguant une surdité, sans doute incommode mais incomplète et qui, au cours des discussions, n'enlevait rien à l'acuité d'une intelligence attentive et pénétrante.

Sa robuste constitution devait lui assurer, jusqu'à l'âge de 82 ans, une activité prolongée qui resta longtemps juvénile. C'est tardivement que la maladie a éprouvé son courage sous la forme la plus douloureuse pour un médecin : une désintégration lentement progressive du langage avec paralysie. Mais, après plusieurs mois de souffrance morale constante, il a pu enfin, dans ses derniers jours, connaître l'ultime apaisement. Il repose aujourd'hui, sur sa demande, à côté de Magnan, dernier hommage d'une affection terrestre mais qui, refusant de croire au néant, aspire à se prolonger dans l'éternité.

Son beau-fils, le Dr Noël Péron, que nous avons l'honneur de compter parmi les nôtres, s'est élevé comme lui, et sur les traces de leur maître commun, aux plus hauts sommets de la compétence médico-psychologique. J'adresse, au nom de notre Société, à Mme veuve Fillassier, au Dr Noël Péron, à sa femme et à toute sa famille, nos plus sincères condoléances.

A vous, mon cher Fillassier, il faut que je vous adresse, au terme de cette allocution, un éloge qui contient tous les autres : vous avez été le digne continuateur d'une belle tradition psychiatrique, le représentant d'une famille illustre à laquelle vous avez, peut-on dire, ajouté des titres de noblesse. Et, par votre vie, votre œuvre et votre caractère, par votre présidence ici-même, vous avez fait le plus grand honneur à notre Société. Nous vous gardons à jamais, dans notre cœur, une estime admirative et respectueuse, mêlée d'amitié fraternelle.

Le Dr FILLASSIER ayant été *président* de la Société, la séance est levée en signe de deuil.

DEUXIÈME SEANCE

COMMUNICATIONS

**Epreuve de la réaction psycho-somatique à l'ischémie,
par le professeur BARAHONA-FERNANDEZ (de Lisbonne).**

Nos recherches sur la leucotomie ont montré l'intérêt de la *sensibilité intérieure*. Elle doit être mise en rapport avec le cerveau interne, spécialement avec le cingulum.

Il n'y avait pas de *méthodes* bien systématisées pour l'étude de la sensibilité intérieure. Chez des malades qui avaient subi une leucotomie sélective du cingulum; A. Lima a montré une diminution de la sensibilité douloureuse à des stimuli viscéraux (dilatation du bassin par cathétérisme, contrôlé aux rayons X).

Nous avons fait d'autres stimulations internes, végétatives et vasculaires, en injectant par voie veineuse des médicaments qui produisent de l'anxiété (acétylcholine, adrénaline, cardiazol, etc.) ou des sensations désagréables (Ca, Mg, etc.). La réponse est très différente chez les divers individus. Nous donnerons des détails sur ces épreuves dans une autre communication.

Nous tenons à présent à vous communiquer quelques faits concernant une autre espèce de stimulation : l'ischémie expérimentale. On a déjà étudié très bien les troubles de la sensibilité objective (hypoesthésie, dissociation des sensibilités, etc.) produits par l'ischémie. Il s'agit plutôt de l'observation systématique des sensations vécues par le sujet pendant l'ischémie, aussi bien des sensations locales (paresthésies, etc.) que des sensations à distance et de l'ensemble du comportement. Il n'y a aucun parallélisme entre les troubles locaux objectifs et les sensations vécues. Chaque sujet réagit, dans son ensemble, d'une forme particulière. Nous avons trouvé des rapports assez étroits entre les réponses à l'ischémie de chaque individu et ses tendances de réaction émotionnelle.

Pour cette raison, nous appelons ce test *l'épreuve de la réaction psycho-somatique à l'ischémie*.

On peut observer plusieurs *qualités de sensations locales* :

- a) sensations peu précisément définies de pesanteur, fatigue, perte de force, paralysie, tension intérieure, tremblement, etc. ;
- b) sensations thermiques (froid, chaud, sensations mixtes, etc.) ;
- c) sensations d'humidité, de sueur, de viscosité, etc. ;
- d) paresthésies diverses : picotements, fourmillements, chocs électriques, endormissements, etc. ;

e) sensations de changement de volume, et du schéma corporel local : dilatation, changement de forme, etc. ;

f) sensations pénibles et douloureuses : douleurs variées linéaires, punctiformes, douleurs indéfinissables (douleurs froides) ;

g) sensations à *caractère affectif* progressivement plus net : gênant, désagréable, pénible, insupportable, jusqu'à l'anxiété.

Plutôt que les différences de qualité, est-il intéressant d'analyser l'évolution de cet aspect affectif des phénomènes.

Chez les sujets normaux, les réponses sont beaucoup plus faibles et ne commencent que dans le délai de 1-3 minutes. Chez les malades anxieux (névrotiques, sans inhibition), les réponses sont très fortes et très précoces (10-16 secondes). Il peut se déclencher un état d'*anxiété* pareil aux crises habituelles du malade.

L'*hyperhémie réactionnelle*, après le brusque rétablissement de la circulation, a aussi un grand intérêt. On l'a beaucoup étudiée au point de vue angio-physiologique et aussi artériographique (dilatation réactionnelle des vaisseaux).

Chez nos sujets d'expérience, qui ont eu des sensations désagréables avec l'ischémie, l'hyperhémie réactionnelle est vécue comme un soulagement, en général accompagnée de sensations de chaleur agréable, d'autant plus fortes que l'ischémie a été plus longue et pénible et que le sujet a des possibilités de résonance affective plus accentuées.

Chez certains malades, il y a des réactions affectives excessives, tantôt *concordantes* (euphorie), tantôt, chez des individus réprimés et anxieux, des réactions *discordantes* (nouvelles sensations pénibles, crises d'angoisse secondaires).

Nous avons donc établi la *technique* suivante, en profitant de deux phases opposées de l'ischémie et de l'hyperhémie.

1) On mesure la tension artérielle du sujet par la technique habituelle. On dit au malade qu'on va faire une observation sur sa sensibilité à l'appareil.

2) On presse la manchette à une pression de 50 mm. supérieure à la maxima mesurée. On commence à mesurer le *temps* avec une montre.

3) On explique au malade d'attendre et d'expliquer le plus exactement possible tout ce qu'il sent, s'il y a des *sensations* dans le bras et la main, et en-dessus ou en-dessous de la manchette ou ailleurs. On met l'autre bras à côté comme comparaison.

4) On prend note des expressions du sujet dans leur temps de manifestation.

5) On prend aussi note des *modifications objectives* (cyanose, pâleur, sueur, etc.) et du *comportement* et *attitudes* du sujet.

6) Après les premières sensations, on demande au sujet si elles deviennent gênantes, désagréables, pénibles, s'il peut les supporter ou non.

7) On peut prolonger l'observation tant que le sujet ne se plaint pas

(chez des normaux jusqu'à 3-5 minutes). Dans la clinique, il suffit en général de 2-3 minutes.

8) On vide subitement la manchette et on prend note d'une forme pareille, des sensations éprouvées, en demandant si le changement a été agréable ou désagréable, et s'il y a eu de nouvelles sensations.

D'après notre expérience (400 observations), nous avons établi une échelle quantitative de 8 degrés progressifs de réaction à l'ischémie.

1^{er} degré, seuil de réaction et respectif temps de latence jusqu'aux premières sensations.

2^e degré, réaction nette : différentes sensations déjà décrites.

3^e degré, caractère gênant ou désagréable de la réaction.

4^e degré, réaction insupportable. Les stimuli locaux produits par l'anoxie et la stase arrivant à la conscience avec un caractère affectif très désagréable. Il y a de la souffrance dans le membre ischémique ; le moi commence à être troublé, le sujet ne peut supporter davantage.

5^e degré, sensations projetées à distance : chaleur dans la tête, la figure, vertiges, palpitations, oppression dans le thorax, dyspnée, malaises à l'estomac, etc. Il y a irradiation centrale des stimuli périphériques.

6^e degré, anxiété : le sujet se dit mal, a peur, est affolé, inquiet, angoissé.

7^e degré, anxiété intense avec expression anxieuse : le sursaut émotif s'exprime dans la figure, les gestes, par des soupirs, polypnée, crispation musculaire, etc.

8^e degré, comportement anxieux : le sujet réagit avec des gestes de fuite, colère, libération, etc., des phénomènes vaso-moteurs (pâleur, congestion faciale, lipothymie, etc.), ou végétatifs (nausées, vomissements, tachycardie, etc.). Le sujet craint d'éclater, de se faire mal, d'avoir une congestion, une syncope, etc.

On observe ainsi la diffusion et la généralisation progressive des stimuli locaux jusqu'à l'ébranlement émotionnel du moi. On peut, de cette forme, reproduire expérimentalement une crise d'angoisse, pareille à celles dont souffrent les malades. On a l'occasion de les observer directement.

Les réactions concordantes et discordantes à l'hyperhémie peuvent se classer aussi d'une forme similaire en 8 degrés, suivant leur intensité et leur répercussion affective.

Réactions concordantes. — *1^{er} degré*, sensations de chaleur légère ; *2^e*, chaleur intense (sans caractère affectif) ; *3^e*, agréable ; *4^e*, soulagement franc ; *5^e*, sensation à distance ; *6^e*, satisfaction ; *7^e*, euphorie exprimée (sourire, rire, etc.) ; *8^e*, comportement euphorique de soulagement, expansive, etc.

Réactions discordantes. — *1^{er} degré*, persistance des sensations de l'ischémie ; *2^e*, nouvelles sensations (excepté la chaleur) ; *3^e*, caractère désagréable du changement ou des nouvelles sensations ; *4^e*, insupportable ; *5^e*, sensation à distance ; *6^e*, anxiété ; *7^e*, expression anxieuse ; *8^e*, comportement anxieux.

On peut enregistrer ces réponses sous la forme graphique, en mettant les temps, dans les abscisses et les degrés de réactions dans les

ordonnées. On obtient des courbes biphasiques très suggestives. Dans la pratique, on peut résumer l'épreuve dans le diagramme suivant :

$$\frac{a \mid d}{t \mid c}$$

a = réaction anxieuse à l'ischémie ; t = temps ; d = réaction discordante ; c = réaction concordante. Exemples :

Cas normal. — L. R., infirmière. 1 m. 30 s. : froid dans la main ; 2 m. 15 s. : raideur des mouvements ; 2 m. 30 s. : paresthésie ; 5 m. 30 s. : désagréable ; 6 m. 30 s. : difficile à supporter ; 2^e phase (hyper-

4 | 0

hémie) : soulagement agréable, chaleur intérieure. Diagramme : 6,5 | 3.

Névrose anxieuse. — 10 s. : pesanteur ; 30 s. : paralysie ; 50 s. : désagréable ; 1 m. 35 s. : insupportable ; 1 m. 55 s. : froideur, cris anxieux, crise de polypnée ; 2^e phase : soulagement avec rire ; le bras reste

6 | 3

engourdi pendant 2 m. Diagramme : 1,9 | 7.

Les relations réciproques de ces faits d'observation ont de curieux rapports avec la clinique. Le rapport $\frac{a}{t} = i.a.$ (index d'anxiété) varie entre 0,5 et 2,5 chez 94 % des sujets normaux (observations de Medina), tandis que chez les névrotiques il y a 50 % de i.a. au-dessus de 2,5. Les rapports de a et c , de a et d seront étudiés plus tard.

L'état présent de nos recherches montre que cette épreuve si facile peut être utile : 1) en montrant l'existence de forts facteurs émotionnels chez certains sujets ; 2) en reproduisant la forme expérimentale de certains symptômes anxieux ; 3) en montrant l'anxiété réprimée (valeurs hautes de d) et les capacités de résonance affective concordantes (synchronisation), fortes valeurs de c en rapport avec a ; 4) la réaction est très forte chez les anxieux (névrotiques et psychopathiques surtout) et faible chez les mélancoliques, inhibés, obsédés, déments et détériorés.

BIBLIOGRAPHIE. — BARAHONA FERNANDÈS : *Medicina Contemporânea*, 70, n° 8, 1952 et *Jornal do Médico*, vol. 22, n° 561, 1952. — MEDINA (F.) : *Medicina Contemporânea*, 71, n° , 1953. — BARAHONA FERNANDÈS (H. J.) et MEDINA (F.) : *Anais Portugueses de Psiquiatria*, n° 5, 1953.

DISCUSSION

M. Henri BARUK. — Je voudrais souligner le grand intérêt des rapports de l'ischémie et des troubles subjectifs de la personnalité, comme vient de le souligner mon ami, le professeur Barahona-Fernandez, dans sa belle communication.

Je voudrais rappeler à ce sujet que, dans une série de publications échelonnées depuis 1935 jusqu'à maintenant, j'ai souligné le rôle de l'ischémie dans la genèse d'une série de troubles mentaux, en particulier dans la genèse des cénestopathies et de la dépersonnalisation. Dans un travail que j'ai publié avec Racine en 1935 (Contribution à l'étude des cénestopathies ; rôle possible de certains facteurs vasculaires, *Revue neurologique*, n° 6, décem-

bre 1935), j'ai rapporté notamment le cas d'une malade qui éprouvait des troubles cénesthésiques au niveau du cou, de la langue et des lèvres. Des examens spéciaux mettaient en évidence des modifications des capillaires à ce niveau. L'évolution devait confirmer le rôle de cette ischémie et de ces facteurs vasculaires puisque, durant les années qui suivirent, se développa une *rétraction de l'aponévrose cervicale* dans le territoire qui était le siège des sensations cénestopathiques; rétraction qui ne fait que s'accroître actuellement et qui, de plus, s'est accompagnée d'une rétraction des aponévroses palmaires, d'une maladie de Dupuytren.

Une autre observation, que j'ai publiée à la Société d'endocrinologie (Psychose ovarienne hypo-folliculinique à forme cénestopathique et schizophrénique. Rôle des troubles circulatoires dans la pathogénie. *Les Annales d'endocrinologie*, t. 9, n° 4, année 1948, pp. 354-356), a trait à une jeune fille de 26 ans, qui éprouvait à la face une impression de mort des tissus, de « dévitalisation », « d'amidonnage », etc., et qui par la suite se croyait « défigurée », troubles qui avaient fait suite à une radiothérapie effectuée sur la paroi abdominale à l'occasion d'une poussée de furonculose. En fait, cette radiothérapie, probablement trop poussée, aboutit à une véritable stérilisation ovarienne : la voie devint rauque, les règles diminuèrent puis disparurent, un engorgement notable survint ; des examens biologiques répétés montrèrent la *disparition de la folliculine urinaire*, l'*indice oscilométrique* devint très petit. Alors que toutes les thérapeutiques essayées échouaient, dès la première injection de folliculine une amélioration spectaculaire survint : la malade sentait la vie revenir dans sa face. Malheureusement, il y eut ensuite une intolérance à la folliculine et, par suite de la guerre, je perdis la malade de vue. Celle-ci devait alors évoluer vers l'hirsutisme, la schizophrénie, qui nécessita l'internement, et elle devait mourir d'une crise d'appendicite.

J'ai l'habitude d'examiner systématiquement l'*indice oscilométrique* de mes malades au moyen d'inscriptions graphiques. Dans un certain nombre de cas de cénestopathies et de dépersonnalisation, l'indice se rétrécit et devient parfois minime pendant les troubles, pour s'élargir de nouveau après la guérison (voir les courbes dans notre *Précis de psychiatrie*, Masson, 1950, p. 84). Ce fait indique bien le rôle de l'ischémie. Cette ischémie peut atteindre la circulation cérébrale et peut alors jouer un rôle dans la genèse de la catatonie, comme nous l'avons montré par la constatation d'*ischémie et d'anémie cérébrale* dans la *Catatonie expérimentale par la bulbocapnine* (Baruk, David, Racine et Leuret. Circulation cérébrale et psychoses. Constatations directes de spasmes des vaisseaux cérébraux au cours de la catatonie expérimentale bulbocapnique. *Société neurologique*, janvier 1940 ; *Revue neurologique*, n° 5, 1939-1940).

Cette ischémie et ce rétrécissement de l'indice oscilométrique peut être en rapport avec des perturbations hormonales et surtout avec des troubles des hormones sexuelles. (Baruk et Melzer : Perturbations hormonales et psychoses. *Feuilles du praticien*, juillet-août-septembre 1951, et *Semaine des hôpitaux de Paris*, 27^e année, n° 63-64, 26-30 août 1951, pp. 1-23). Cette ischémie est particulièrement accentuée dans les démences précoces anciennes et elle peut s'accompagner en même temps de déficience œstrogénique. C'est pourquoi ces états peuvent être améliorés par la folliculine, en particulier dans les cas d'effondrement œstrogénique avec ischémie (*Annales médico-psychologiques*, t. I, n° 11, février 1950, p. 182-184), par le scopochloralose, qui augmente l'indice oscilométrique et est légèrement vaso-dilatateur sur la circulation cérébrale (*Encéphale*, n° 5, 6, 7, 1942-1945, p. 81 et 88), de même que la folliculine exerce une action vaso-dilatatrice sur les vaisseaux cérébraux (*Presse médicale*, 12 mars 1940) ; ils sont améliorés aussi par la diélectrolyse de calcium suivant la méthode de Bourguignon (*Société médico-psychologique*, février 1948).

Il y a donc là une série de voies thérapeutiques fort intéressantes dans le traitement de certaines psychoses en combattant l'ischémie, à condition toutefois que les indications cliniques soient bien posées, et que l'on évite certaines substances génératrices d'œdème cérébral (voir à ce sujet *Presse médicale*, 60^e année, n° 42, 18 juin 1952, pp. 905-906 ; *Revue neurologique*, t. 80, n° 7, 1948, pp. 497-516, et le *Congrès international de neurologie de Lisbonne*, août 1953).

Toutes ces perturbations vasculaires, sanguines, et ces modifications de l'irrigation ont des conséquences importantes sur la psychologie, et sur la personnalité, retentissements psychologiques et psychiatriques que nous avons longuement étudiés dans un mémoire intitulé « Le sentiment de la personnalité. La dépersonnalisation et la cénesthésie. Nouvelles données psychologiques ». *Annales médico-psychologiques*, t. II, n° 4, novembre 1951, pp. 393-407, et dans notre ouvrage *La désorganisation de la personnalité*, Les Presses universitaires de France, 1 volume, Paris, 1952.

M. P. GUIRAUD. — M. Barahona-Fernandez étudie les réactions de divers malades à une excitation particulière ; le maintien du garrot au bras a pour résultat l'excitation du riche plexus végétatif périvasculaire, soit par la prolongation de la distension vasculaire, soit par l'anoxie locale. Les excitations ou plus généralement les atteintes du système végétatif retentissent sur l'état thymique général et en même temps provoquent des impressions particulières (fait souligné par H. Baruk) : sensation étrange de transformation en carton ou en bois des régions atteintes, difficulté d'intégration de ces régions au moi physique. Chez les paralytiques généraux malarisés, j'ai observé des cas débutant par des troubles de ce genre localisés à la face et s'aggravant progressivement jusqu'à un véritable délire incurable.

Etant donnée l'hyperpathie du syndrome thalamique, il serait intéressant de pratiquer cette épreuve chez ces malades pour voir si les réactions seraient très exagérées.

M. Pierre Léo. — Dans la perspective où se place le professeur Baruk en ce qui concerne l'action de la folliculine, je rappelle un fait bien classique : les paresthésies des avant-bras ou des extrémités au moment de la ménopause, conséquences de la diminution de la sécrétion de la folliculine.

Ces troubles sont d'ailleurs améliorés par le traitement hormonal.

Mais la folliculine agit-elle directement sur la circulation, ou par le truchement de l'hypophyse qu'elle stimule ou freine selon les doses ? L'hypophyse, à son tour, agit sur le tonus vasculaire par son hormone régulatrice des organes creux.

Examen psychologique de 21 malades, un an après intervention psycho-chirurgicale. Etude critique des résultats, par MM. M. DAVID, L. MOOR et J. RUDRAUF.

Au cours d'une enquête effectuée dans notre service sous la direction du D^r Hécaen, et ayant pour objet les indications de la psycho-chirurgie (1), nous nous sommes livrés à l'étude psychométrique pré

(1) a. Résultats globaux de 247 interventions de psychochirurgie sur des malades internés : M. DAVID, G. DAUMÉZON, H. HÉCAEN, Mme J. SAUGUET (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1952).

b. Wechsler et Porteus chez 44 malades lobotomisés : M. DAVID, G. DAUMÉZON, J. RUDRAUF, L. MOOR (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1952).

et post-opératoire des malades. Nous rapportons aujourd'hui les résultats enregistrés chez les malades opérés depuis un an, les résultats sur cette question fort discutée : les interventions psycho-chirurgicales conduisent-elles oui ou non à des détériorations de l'intelligence ? (2).

Toutefois, auparavant, nous désirons rappeler brièvement l'opinion de différents auteurs qui se sont livrés à des examens psychométriques sur cette question fort discutée : les interventions psycho-chirurgicales conduisent-elles oui ou non à des détériorations de l'intelligence ? (2).

Les tests les plus couramment utilisés ont été le Binet-Simon-Terman et l'échelle de Wechsler-Bellevue. Dans les suites opératoires immédiates (2 à 4 semaines après l'intervention), chutes de niveau plus ou moins marquées au Binet et au Wechsler de l'avis de tous les auteurs. Plus tard (3 à 6 mois ou même d'avantage), les avis sont partagés. Les malades retrouvent leur capacité antérieure et l'on obtient même parfois des résultats meilleurs qu'aux tests pré-opératoires pour de nombreux auteurs : Carscallen, Buck, Hobbs, Landis, Jones, Michaux, Angel Buffard, Brody, Rylander, Jacob, Vidor, Spiegel et Freed, Moore, Winkelman, Swarzlander, Landis et Erlick, Furtado, Rodrigues Marques, Le Beau et ses collaborateurs.

Toutefois, pour Rylander et Sjerqvist, qui ont étudié de nombreux cas, il y aurait une baisse significative du quotient intellectuel persistant encore 4 à 14 mois après la lobotomie standard. De même pour Malmo, surtout à l'échelle verbale. Pour Pétrie, chute de niveau significative au Wechsler (surtout au score verbal) et au Porteus. En 1949, Barahona-Fernandez et Gomès pensent qu'il y aurait une détérioration organique de l'intelligence, mais en 1950, ils écrivent qu'il ne semble pas y en avoir après les interventions psycho-chirurgicales. Porteus et ses collaborateurs, à la lumière des résultats obtenus au test des labyrinthes de Porteus, estiment que les interventions sur les lobes frontaux provoquent une diminution intellectuelle importante et permanente. Koskoff et Denis notent aussi une chute marquée au Porteus 19 jours après l'intervention. De même Robinson, même après plusieurs mois ou années. De Greef et Ectors pensent qu'on ne peut objectiver de baisse du quotient intellectuel dans les suites opératoires proches ; au contraire, parfois gain de points, car mémoire et attention

c. Psychochirurgie et fonctions intellectuelles : L. MOOR (Thèse, Paris, 1952).

d. Etude de 21 cas de psychochirurgie par le Rorschach ; confrontation avec l'électro-encéphalographie : M. DAVID et Mme Z. HELMAN (Annales médico-psychologiques, mars 1953).

e. Valeur pronostique de l'étude psychométrique postopératoire en psychochirurgie : M. DAVID, L. MOOR, J. RUDRAUF, Mme J. SAUGUET (Annales médico-psychologiques, juillet 1953).

f. Comparaison entre un groupe de pervers instinctifs et de schizophrènes traités par psychochirurgie : M. DAVID, L. MOOR, J. RUDRAUF (Annales médico-psychologiques, juillet 1952).

g. Résultats d'une enquête sur 78 interventions de psychochirurgie avec un recul opératoire d'un an : M. DAVID, H. SAUGUET, H. HÉCAËN, R. TALAIRACH (Revue neurologique, tome 89, n° 1, 1953).

(2) Les références bibliographiques se trouvent dans la Thèse de l'un de nous (L. MOOR, voir ci-dessus).

sont améliorées, mais il est des cas où, dans les suites lointaines, on observe une déchéance intellectuelle progressive.

L'étude de *nos malades de Sainte-Anne* montre une très légère chute de niveau trois semaines après l'intervention. Toutefois, il s'agit d'une moyenne et de très nombreux malades ne sont pas du tout modifiés (tous les pervers entre autres). Chez les autres, la chute de niveau est d'autant plus importante à ce moment-là que l'affection dont souffre le malade atteint plus profondément ses fonctions mentales et que l'effet thérapeutique ultérieur est plus favorable. Mais ces modifications sont dans l'ensemble entièrement compensées au bout de six mois au profit d'une amélioration globale que l'apprentissage n'explique que partiellement et qui, comme nous allons le voir, persiste après un an d'évolution post-opératoire.

Comment expliquer les divergences dans les résultats enregistrés par les différents auteurs ?

Il semble avant tout que les groupes de malades examinés étaient le plus souvent très peu nombreux et très hétérogènes, tant au point de vue âge des malades, que diagnostic, durée d'évolution de la maladie, ou niveau mental antérieur (le quotient intellectuel pré-opératoire moyen des malades de Petrie était de 105,87, alors que chez nos malades il est de 88). Certains auteurs n'ont étudié que des syndromes douloureux, d'autres que des schizophrènes, sans avoir de termes de comparaison. Le ou les groupes comportaient un nombre peu important de malades. Nous ignorons s'il s'agissait d'une distribution normale ou pas. Enfin, les dates les plus variées ont été choisies par les uns et les autres pour les retests post-opératoires et il est évident qu'on ne peut comparer les résultats d'examens faits 19 jours après l'intervention à ceux d'examens qui ont eu lieu 3, 6 ou 9 mois, quand ce n'est pas plusieurs années après.

Parfois même, un auteur n'a pas « retesté » tous ses malades en respectant le même délai pour chacun. C'est sans doute pour les mêmes raisons (diagnostic et date du retest surtout) que les modifications observées ne se rapportent pas toujours au même subtest de Wechsler et qu'on ne les trouve pas toujours modifiées dans le même sens.

Ainsi, pour la répétition des séries de chiffres, certains auteurs comme Mac Culloch, qui a examiné des schizophrènes, signalent un gain ; d'autres, comme Koskoff, et Denis par exemple, qui a examiné des syndromes douloureux, une chute de niveau.

Malgré les apparences, ces résultats ne sont pas contradictoires et nous les avons retrouvés chez nos propres malades : en effet, chez les schizophrènes guéris par suite du « déblocage », il y a eu augmentation des scores psychométriques six mois après l'intervention, ce qui augmente évidemment la moyenne des notes de ce groupe de malades. Par contre, nous pouvons assimiler l'examen pratiqué dans les suites opératoires immédiates chez nos malades atteints de névrose aux malades que Koskoff et Denis ont examinés 19 jours après inter-

vention. A ce moment, nous observons également une légère chute de niveau mais, comme nous l'avons déjà dit, elle n'est pas définitive et on observe une récupération totale au plus tard six mois après l'intervention. Il y a sans doute lieu là d'incrimer l'effet momentané du choc opératoire.

Aussi, avons-nous tenu à faire une étude très systématique sans jamais perdre de vue les données cliniques. Ainsi, nous avons revu nos malades 12 à 14 mois au plus après l'intervention. Dans ces conditions, nous n'avons d'ailleurs pu en revoir que 21 sur les 46 que nous avons examinés avant l'intervention et dans les suites opératoires immédiates. Nous leur avons fait passer les tests de l'échelle de Wechsler-Bellevue et avons comparé les moyennes des scores aux différents subtests de l'échelle de Wechsler à l'examen pré-opératoire à ceux de cet examen d'un an ; non seulement nous n'avons observé aucune détérioration, mais encore nous avons noté une amélioration à la très grande majorité des épreuves.

DIFF. S/M OM	3 SEMAINES	6 MOIS	1 AN
Q. I.	- 0.02	+ 0.85	+ 1.82

D'autre part, nous avons calculé les coefficients de corrélation (voir tableau) entre tests pré- et post-opératoires (à l'aide du coefficient de Bravais-Pearson) pour mettre en évidence le bouleversement qu'a pu provoquer l'intervention, certains sujets ayant perdu et d'autres gagné à telle ou telle épreuve.

Nous allons envisager ces modifications en fonction de la catégorie nosographique à laquelle appartiennent les malades, et des résultats thérapeutiques obtenus, les chiffres bruts n'ayant aucun sens par eux-mêmes et devant toujours être examinés en fonction de la clinique.

Parmi nos malades, se trouvent : 5 pervers, 3 névroses, 10 schizophrènes et 3 psychoses non schizophréniques.

Ne pouvant nous livrer à des calculs statistiques vu le petit nombre de malades compris dans chaque catégorie, nous avons examiné chaque cas individuellement :

Chez les 8 malades non psychotiques, Q.I., Q.I.v, Q.I.p, sont, soit légèrement augmentés, soit inchangés, mais jamais diminués. Il en est de même dans les psychoses non schizophréniques.

Chez les schizophrènes, grosses augmentations du quotient intellectuel chez 5 malades guéris ou très améliorés cliniquement du fait du « déblocage », scores inchangés et quelques légères baisses de niveau chez ceux qui n'ont pas bénéficié de la thérapeutique chirurgicale, mais on ne peut parler de détérioration chez ces sujets, lorsqu'on

connaît les variations journalières susceptibles de se produire chez ces malades en dehors de toute intervention, et étant donné que ces baisses de niveau ne s'observent pas chez les malades non schizophréniques.

L'observation de nombreux auteurs concernant un parallélisme entre l'évolution clinique et les résultats aux tests se trouve confirmée chez nos malades. Nous donnerons comme exemple le quotient intellectuel chez 2 schizophrènes :

	PRÉ	3 SEMAINES	6 MOIS	1 AN
Q.I. N° 102. ..	+ 2	+ 3 amélioré	+ 5 très amélioré	+ 7 guéri
Q.I. N° 120....	+ 2	+ 2 amélioration légère	+ 3 amélioration nette	0 rechute

Parmi les 8 malades non psychotiques, on avait pratiqué 3 lobotomies et 5 sections sous-corticales orbitaires. On ne remarque aucune différence dans le comportement des malades aux tests en fonction du type d'intervention pratiqué.

Les résultats des examens que nous avons pratiqués, envisagés à la lumière de la clinique nous permettent, avec un an de recul post-opératoire, d'aboutir aux mêmes conclusions que celles auxquelles nous étions arrivés après six mois, ces conclusions paraissant toutefois plus valables, car le recul depuis l'intervention est plus important.

	R PRÉ/1 AN	DIFFÉ- RENCE SUR la moyenne
Q.I.....	88	+ 1.82
Q.I. v.....	90	+ 84
Q.I. p.....	84	+ 88
ID/M.....	62	+ 30
Information.....	82	+ 98
Compréhension...	68	+ 28
Chiffres.....	55	+ 28
Arithmétique.....	78	+ 70
Similitude.....	73	+ 70
Classement.....	69	+ 74
Lacunes.....	75	+ 70
Cubes.....	99	+ 70
Assemblage.....	58	+ 1.14
Code.....	76	+ 75

Dans la mesure où le test de Wechsler est un instrument valable de mesure de l'intelligence au sens clinique du terme, les examens psychométriques que nous avons pratiqués *démontrent que les interventions de psycho-chirurgie frontale n'entraînent pas, par elles-mêmes, d'affaiblissement intellectuel.*

Nous avons dit plus haut pourquoi ces résultats, malgré les apparences, ne nous paraissent pas en contradiction avec ceux de nombreux autres travaux où les mêmes épreuves psychométriques ont été utilisées.

DISCUSSION

M. BARAHONA-FERNANDEZ. — indique la nécessité d'envisager les possibilités de la réadaptation avant d'entreprendre l'intervention.

M. G. DAUMÉZON. — M. M. David nous montre que, dans la majorité des cas, un cerveau lobotomisé peut fonctionner de façon normale sur le plan exploré par les tests d'intelligence et que les performances montrent même un progrès du fait de la disparition de certaines gênes dues à la psychose.

Il n'en reste pas moins que, dans certains cas, la lobotomie est suivie de détérioration manifeste, et le problème qui se pose au médecin est de déceler quels sont les cas où une telle détérioration est à craindre.

Le problème doit être abordé d'un point de vue anatomo-physiologique très large : l'expérience montre qu'après lobotomie certains cerveaux réagissent en dégénérant largement autour des plans de section. Meschan I. et Scrugges (*Arch. of N.P.*), en 1951, ont apporté un nombre élevé de cas de multiples kystes décelés par encéphalographie gazeuse. D'autres cerveaux montrent au contraire une absence de toute lésion autour du plan de section. D'autres, enfin, montrent des images de restauration qui effacent presque complètement la section.

Avant de poser une indication de lobotomie, nous nous devons de faire l'inventaire des éléments de pronostic de cette restauration. Les éléments sont de trois ordres : somatique, psychiatrique et social.

Somatique : un cerveau sénile, un cerveau mal ou irrégulièrement irrigué, un cerveau d'un sujet porteur d'une certaine prédisposition abiotrophique, ont des chances de développer une atrophie ou un processus distinctif secondaire autour de la section.

Psychiatrique : une expérience étendue comme celle de David montre que l'on peut établir un classement progressif de la gravité de la lobotomie selon la profondeur de l'atteinte cérébrale du pervers au névrosé, du névrosé au psychotique, du psychotique léger au début au psychotique grave et ancien, on voit augmenter les risques de détérioration. Rien là-dedans qui puisse choquer quiconque a une vue moniste de la psychiatrie. Mais sans doute doit-on aller plus loin pour mieux déceler la part de l'atteinte du métabolisme cérébral dans chaque cas.

Social : mais le métabolisme cérébral est lui-même lié aux conditions de l'exercice de l'activité cérébrale. Aussi, un des éléments du pronostic, et non le moindre, est d'ordre social. Le cerveau d'un malade qui après lobotomie devra faire face à une situation vitale intolérable a, plus qu'un autre, le risque de ne pouvoir faire les frais d'une restauration. Aussi ne peut-on à nouveau proposer l'intervention qu'en sachant qu'elle sera suivie de l'offre au malade d'une existence qu'il est capable d'assurer.

L'indication opératoire ou le rejet est le résultat de ce bilan, confronté aux espérances thérapeutiques. C'est dans ce cadre que prennent toute leur valeur les contestations de David et de son équipe. C'est ainsi que les perspectives de réadaptation pourront tenir compte de l'absence de déficit intellectuel psychométrique si les autres facteurs sont favorables.

Epilepsie expérimentale par injection intra-veineuse d'hexobarbital chez un malade en traitement par électro-chocs, par M. René FAU (de Grenoble).

Le sommeil, on le sait, est l'un des meilleurs activateurs de l'épilepsie. Il est cependant exceptionnel de pouvoir déclencher à volonté une crise comitiale, clinique et électrique par une injection anesthésique intra-veineuse chez un sujet qui n'est pas un épileptique et ne présente jamais de manifestations comitiales spontanées.

En voici l'observation très résumée.

OBSERVATION. — D... Josette, 32 ans, sans aucun antécédent pathologique connu, présente depuis deux mois un épisode aigu, anxieux et phobique rebelle aux thérapeutiques usuelles. Un traitement par convulsivothérapie est décidé et les trois premiers électro-chocs se déroulent sans incident. Cependant, après le troisième, la malade se plaint de douleurs dorsales et le traitement est suspendu.

Devant la reprise et l'aggravation de l'anxiété, on décide de reprendre les chocs, mais cette fois sous narcose.

Le 4^e traitement est donc précédé d'une injection intra-veineuse de 2 cm³ de solution à 10 % de hexobarbital : sommeil immédiat, électro-choc sans incident.

Au 5^e traitement, on injecte à nouveau 2 cm³ d'évipan et on a la surprise d'assister à une crise comitiale instantanée, perte de connaissance immédiate, yeux réversés, adversion de la tête à gauche, contracture tonique, puis secousse clonique du membre supérieur droit, enfin clonies généralisées, morsure de la langue, stertor. Le coma est bref et, dès la reprise de conscience, la malade se dit détendue et soulagée. Amnésie totale, la malade croit avoir eu son électro-choc.

Le lendemain, nous pratiquons un électro-encéphalogramme. Le tracé est un peu irrégulier, mais sensiblement normal. On injecte 2 cm³ d'évipan intra-veineux. On assiste alors à une crise comitiale exactement semblable à la précédente et, parallèlement, on enregistre une crise électrique.

Voici d'ailleurs le protocole de l'examen :

« Les tracés de repos sont assez irréguliers, faits de fréquence alpha à 9 c./s., de fréquences plus lentes à 6-7 c./s. et de fréquence bêta à 13-14 c./s. L'hyperpnée et la stimulation lumineuse n'entraînent pas de modification. L'injection de 2 cm³ d'une solution d'évipan à 10 % détermine la crise clinique. Parallèlement, on voit apparaître une crise électrique avec décharge généralisée de pointes, polypointes et polypointes-ondes. La crise est enregistrée dans son ensemble et dure 2 minutes 30 secondes.

« Les décharges de polypointes-ondes s'apaisent très brusquement et, en moins de 20 secondes, le tracé a repris son aspect antérieur. On poursuit l'enregistrement pendant cinq minutes sans noter aucun élément pathologique. »

Conclusion. — Tracé d'épilepsie sous-corticale à forme grand mal.

Huit jours plus tard, un nouvel électro-encéphalogramme est pratiqué avec stimulation photo-cardiazolique. En voici le résultat :

« La stimulation photo-cardiazolique pour 50 mgr. de cardiazol détermine
« une unique volée de pointes élargies, synchrones, généralisées. Pour
« 100 mgr. on voit apparaître, en même temps que des clonies cliniques de
« la face et des paupières, une décharge de pointes et une pointe-onde dans
« la dérivation du vertex.

« L'arrêt de la stimulation lumineuse laisse le tracé se normaliser.
« 60 secondes plus tard, la reprise de la stimulation photique détermine à
« nouveau une très discrète réponse de pointes. »

Conclusion. — Seuil cardiazolique bas à 100 mgr., soit 1 mgr., 6 kg.

Commentaires. — Les faits que nous venons de relater sont très difficiles à interpréter et ce, d'autant plus qu'il s'agit là d'une observation rare, ce qui ne signifie pas forcément observation privilégiée. Il convient aussi de noter que nous sommes ici dans le domaine si mal connu du sommeil et de ses incidences physio-pathologiques : l'une de celles-ci, bien connue des cliniciens, est l'épilepsie morphique, qui reste très mal expliquée. Dans ce domaine, il est plus facile d'émettre des hypothèses que de conclure. L'observation que nous venons de relater répond, semble-t-il, à certaines questions, mais en pose d'autres.

1° On est en droit d'abord d'incriminer l'électro-choc : on sait, en effet, que certains auteurs ont publié des observations de lésions cérébrales, hémorragiques ou œdémateuses consécutives à l'électro-choc. Certains d'entre eux, tels Halpern et ses collaborateurs, ont apporté sur ce point des documents anatomo-cliniques indiscutables (1) et (2).

Cependant, une telle explication des faits serait, dans le cas présent, insoutenable, puisque notre malade n'a présenté à la suite de son 4^e et dernier électro-choc aucune manifestation clinique d'aucune espèce et que, d'ailleurs, le tracé électro-encéphalographique s'est révélé normal avant l'injection d'hexobarbital. On ne peut guère admettre l'existence de lésions cérébrales aiguës récentes qui ne donneraient lieu à aucune manifestation clinique, ni électrique.

L'électro-choc, cependant, peut intervenir sous une autre forme, car si on peut éliminer l'existence d'une lésion cérébrale, il reste cependant difficile de laisser le fait électro-choc hors du circuit puisque ce fait exceptionnel d'épilepsie par injection d'anesthésique s'est produit précisément au cours d'une convulsivothérapie. Il est quand même curieux de noter que nous avons reproduit, sans le vouloir, la technique classique de conditionnement d'un réflexe : application d'un stimulant inconditionnel (électro-choc), puis association à ce stimulus d'un stimulus conditionnel (l'injection intra-veineuse) et enfin substitution du stimulus conditionnel au stimulus inconditionnel avec reproduction de la crise.

Il est bien certain qu'il s'agit là d'une apparence plus que d'une

(1) HALPERN, ROZANSKI, LIBAN. — *Revue neurologique*, tome 87, n° 3, 1952.

(2) PIESE (W.). — *Journal of Neuro-Pathology and experimental Neurology*, 1948, 7, 1, 105-126.

réalité, car le stimulus initial, électro-choc, n'induit pas un réflexe, et quant au 2^e stimulus, l'injection intra-veineuse, il ne met justement pas en jeu de mécanisme conscient : le circuit obtenu chez notre malade n'est donc pas un réflexe conditionné puisqu'il n'implique pas au départ de mécanisme réflexe et qu'il ne faut pas intervenir à l'arrivée : le phénomène proprement psychique qui est à la base de la découverte de Pavlov.

Nous avons d'ailleurs, depuis cette première observation, vérifié à plusieurs reprises, la possibilité de conditionner de tels malades suivant les mêmes règles, mais nous n'y sommes pas parvenus : cet échec nous paraît tout à la fois logique et satisfaisant.

Cependant, si l'électro-choc n'intervient pas dans la création du réflexe, ne peut-il être invoqué comme agent facilitant : ceci nous amène à aborder le problème de l'induction hypnique, car un deuxième fait mérite, semble-t-il, attention : la crise, en effet, a été déclenchée à deux reprises par une petite dose d'anesthésique, 2 cm³ de solution à 10 %. Nous sommes donc toujours restés au premier stade électro-encéphalographique de l'anesthésie, stade d'induction hypnique sur lequel Schneider, Woringer et leurs collaborateurs (3) sont revenus dans leur récent travail expérimental. Ce stade, caractérisé cliniquement par l'activation passagère de certains systèmes fonctionnels et, électriquement, par des variations en fréquence et en amplitude de l'activité du cortex, est bien un stade d'activation corticale.

C'est ce stade d'induction hypnique qui semble être à l'origine des manifestations cloniques ou convulsives des épileptiques à l'endormissement. Mais chez un sujet normal, ce stade d'activation corticale pré-anesthésique n'a pas donné lieu, semble-t-il, à des manifestations comitiales telles que nous les avons observées chez notre malade.

En réalité, pour qu'une crise comitiale soit réalisée à ce stade, il faut, semble-t-il, qu'il existe un état préalable de facilitation. C'est le cas sans doute chez certains épileptiques. C'est, selon Schneider et Woringer, le cas aussi chez le sujet normal lorsqu'on fait précéder l'injection d'anesthésique d'une activation permettant d'atteindre le seuil myoclonique. Ce fut peut-être le cas chez notre malade, et l'électro-choc fut peut-être l'agent facilitant.

Car, en fin de compte, on voit bien tout ce que notre observation a d'exceptionnel : exceptionnelle dans l'espace si l'on peut dire, car il faut réfléchir qu'on endort tous les jours des centaines de malades sans incident, exceptionnelle dans le temps aussi puisque notre malade aussi s'est endormi tous les jours pendant 32 ans sans avoir jamais présenté de crise comitiale et que, mieux encore, elle a subi, six mois

(3) SCHNEIDER, WORINGER, THOMALSKE et BROGLY. — Bases électro-physiologiques des mécanismes d'action du pentothal chez le chat. *Société d'électro-encéphalographie*, décembre 1952.

(4) BARTSCHI-ROCHAIX (W. et F.). — *Société d'électro-encéphalographie*, 5, décembre 1951. — BARTSCHI-ROCHAIX et RAUCH. — *Société d'électro-encéphalographie*, 5, décembre 1951.

après notre observation, deux cures de sommeil, sans présenter de manifestations comitiales.

On est donc, finalement, en droit de dire que l'injection intra-veineuse rapide de petites doses de barbiturique est susceptible de provoquer une crise comitiale, mais à condition que soient, au préalable, réalisées des conditions de facilitation physiologiques très particulières, ce qui revient à dire qu'un anesthésique normalement facile à manier peut devenir dangereux dans certaines conditions. Ce sont ces conditions qu'il s'agirait de déterminer. Ce travail présenterait un double et considérable intérêt, théorique dans l'étude de l'épilepsie morphéique et pratique dans l'étude des indications et du choix des anesthésiques.

Il appartient donc aux anesthésistes de bien étudier leurs malades au moment de l'endormissement et de noter quelques secousses cloniques, peut-être trop souvent mises sur le compte d'un coma, d'un hoquet ou d'un trouble respiratoire : il s'agit là d'une observation difficile, car le phénomène est fugace et cède dès que le stade cortical de l'anesthésie est dépassé. Ce sont cependant ces secousses fugitives qu'il faut saisir si on veut pouvoir dépister, examiner des malades à la période fugace de la facilitation, à cette période où les sujets normaux deviennent, pour un temps, plus ou moins court, des épileptiques en puissance. Ce travail méthodiquement mené pourra permettre alors d'affirmer la réalité de ces perturbations passagères, d'en déterminer les signes, d'en déduire les indications et les contre-indications thérapeutiques.

DISCUSSION.

M. P. LÔO. — J'ai été frappé par la différence de comportement de certains malades au moment de l'endormissement. Certains présentent la classique euphorie avec sensation de bien-être, mais quelques-uns, au contraire, éprouvent du malaise ou présentent de véritables mouvements de type myoclonique.

J'ai souvenir d'avoir lu qu'un auteur avait vu se produire des manifestations épileptiques au cours d'injections de privénal. A l'opposé, Sivadon a publié des crises d'épilepsie guéries par ce même traitement.

En tenant compte que le gardénal est un excitant du sympathique, peut-être y aurait-il lieu d'étudier auparavant les malades afin de savoir s'il n'y a pas chez eux une prédominance du vague ou du sympathique. Peut-être trouverait-on là l'explication du comportement différent des malades, surtout au moment de l'endormissement.

M. M. LECONTE. — pense utile de verser aux débats soulevés par son ami, le Dr Fau, le cas suivant, qui lui est précisément arrivé cette semaine. Il s'agissait d'une malade réclamant sans cesse, comme le ferait une toxicomane, l'administration d'un électro-choc. A la prise de ses fonctions, cette malade avait déjà eu au moins 77 séances dénombrées d'électro-choc.

Cette malade lui paraissant stéréotypée dans ses litanies, et estimant que les chocs répétés ne sont pas sans inconvénients anatomiques, tout en voulant donner un semblant de satisfaction à cette malade, le Dr Leconte et son interne, Mlle Ségur, décidèrent de simuler l'administration de l'électro-choc en anesthésiant la malade au kélène, sans pratiquer l'électro-choc annoncé.

Au cours du réveil de la très courte anesthésie au chlorure d'éthyle, la malade présentait une sorte de crise épileptique incomplète avec révulsion des yeux, brève torsion des membres supérieurs, avec secousses cloniques classiques de douze à quinze secousses environ, sans qu'aucun électro-choc ait été pratiqué.

On peut se demander, comme l'envisage le Dr Fau, si la répétition des chocs ne produirait pas une véritable facilitation à certaines épilepsies et quel peut être le rôle de la suggestion inconsciente.

L'électro-encéphalogramme a naturellement été demandé, mais l'incident étant des plus récents, n'a pu encore être fait. Une épreuve au cardiazol donna, par contre, fort peu de choses cliniquement. Mais ce cas touchant aussi aux problèmes du sommeil, de l'anesthésie, de l'épilepsie et de l'électro-choc, il semblait utile de la joindre au dossier du Dr Fau.

M. P. GUIRAUD. — indique l'intérêt qu'il y aurait à expérimenter les procédés de sensibilisation épileptique chez les malades ayant subi des électro-chocs.

Accidents cutanés présentés par le personnel infirmier des hôpitaux psychiatriques manipulant la chlorpromazine (4.560 R.P. ou largactil, n.d.). Leur prévention, par MM. J. TUSQUES et A. GAMBS.

Le largactil (n.d.) tend à devenir un médicament d'usage courant dans les hôpitaux psychiatriques. Il semble bien (notre expérience personnelle portant sur un an est rapportée en détail dans la thèse de l'un de nous : Gambs, *thèse* de médecine, Lyon, 1954) que le médicament agisse, en gros, comme l'électro-choc et rende les mêmes services, avec de meilleurs résultats (en dehors des mélancolies) en apaisant les malades et en permettant un contact psychothérapeutique quasi-impossible ou très difficile sans cela, tout particulièrement dans nos hôpitaux, si scandaleusement surpeuplés.

Mais ce produit, manipulé sans précaution, peut déclencher, chez le personnel soignant, des dermites de contact. Ces accidents, qui rappellent ceux provoqués par la streptomycine, peuvent entraîner une gêne fonctionnelle telle qu'elle nécessite l'arrêt du travail ; ils ont tendance à récidiver. Ils pourraient donc constituer un obstacle non négligeable à une application étendue de la thérapeutique, si leur prévention n'en était pas relativement aisée.

Signalons tout de suite que l'apparition de tels accidents est liée à une utilisation massive du produit : dans certains services, où le largactil n'est pas administré en cures continues et à un grand nombre de malades, ces accidents sont pratiquement ignorés du personnel. Par contre, nous les avons vu apparaître à la fin de l'hiver dernier (février, mars 1953) dans des pavillons où nous pratiquions depuis le mois de novembre 1952 des cures prolongées de largactil à une vingtaine de malades.

Ces dermites sont apparues presque simultanément au printemps.

Les lésions sont des lésions d'eczéma, avec développement successif de vésicules, de rougeur, d'œdème, d'infiltration, de fissuration, et de desquamation. Elles s'accompagnent d'un prurit intense. Leur point de départ est presque toujours localisé aux doigts de la main droite ; elles peuvent s'étendre ensuite aux avant-bras, à la face, au cou, plus rarement au tronc.

La responsabilité du largactil dans l'apparition de ces lésions a été établie par des patch-tests pratiqués dans le service du professeur Gaté ; ces tests cutanés furent toujours positifs au largactil et négatifs pour les produits voisins (phénergan notamment).

Le contact cutané direct est le plus souvent en cause. Nous avons cependant vu une infirmière, qui n'avait jamais manipulé de largactil, présenter un eczéma de sensibilisation avec patch-test positif au largactil, après avoir changé des malades en cure ou nettoyé leur literie. Il est à remarquer que la forme injectable expose plus volontiers aux accidents que les comprimés : nous n'avons jamais vu ceux-ci déterminer de poussée initiale, mais déclencher seulement des rechutes chez certaines infirmières sensibilisées. Nous avons enfin pu utiliser quelques suppositoires, que nous avons fait manipuler par deux infirmières sensibilisées aux comprimés, sans déclencher chez elles la moindre réaction.

Nous allons présenter très brièvement les cas d'eczéma de contact qui sont apparus chez les infirmières du service avant qu'aient été adoptées les mesures dont nous avons parlé précédemment.

Un total de 35 infirmières est affecté aux deux pavillons du service. Les traitements sont assurés à tour de rôle par une dizaine d'infirmières, mais toutes pouvaient avoir à s'occuper des malades en cure de largactil. Sur ce nombre, nous avons eu 10 cas de sensibilisation.

1) Mme Qu... Antécédents neuro-arthritiques : néant ; date d'apparition de la première lésion : mars 1953 ; durée de la poussée : 15 jours, sédation à l'arrêt du travail ; étendue des lésions : mains, avant-bras, cou, face, conjonctives ; traitements suivis : phénergan, ektogan, emgé ; récidives : chaque fois que l'infirmière manipule ampoules ou comprimés, chaque fois qu'elle doit s'occuper d'une malade en cure. Tests cutanés : largactil : ++ ; diparcol : —, phénergan : —, multergan : —, parsidol : —, streptomycine : —, leucoplast : +.

2) Mme D... Antécédents similaires : érythème important à la suite d'injections de sels d'or en novembre 1952 ; date d'apparition de la première lésion : fin mars 1953 ; durée de la poussée : 15 jours, sédation à l'arrêt du travail ; étendue des lésions : mains, avant-bras, cou, face, paupières ; récidives : chaque fois que l'infirmière s'occupe de malades en cure. Il est à noter que la poussée initiale n'a pas été déterminée par la manipulation du produit, mais par le simple contact des malades. Tests cutanés : largactil : +, streptomycine : —, phénergan : —, pénicilline : —, multergan : —, parsidol : —, leucoplast : —, diparcol : —.

3) Mme Dau... Début de la première lésion : avril 1953 ; durée de la pous-

sée : 8 jours, sédation à l'arrêt du travail ; étendue des lésions : mains, avant-bras ; récidives : aucune. Tests cutanés : largactil : —, parsidol : —, diparcol : —, phénergan : —, multergan : —, leucoplast : +.

4) Mme Dan... Antécédents neuro-arthritiques : migraines ; début des lésions : mars 1953 ; durée de la poussée : 15 jours, sédation à l'arrêt du travail ; étendue des lésions : mains, avant-bras, cou, face, conjonctives ; traitements suivis : antihistaminiques, autohémothérapie, emgé, extraits de rate ; récidives : nombreuses, chaque fois que l'infirmière pénètre dans une salle où l'on pratique des cures. Tests cutanés : largactil : ++, phénergan : —, multergan : —, parsidol : —, diparcol : —.

5) Mlle La... Début de la première lésion : mars 1953 ; durée de la poussée : 10 jours, sédation lors d'un changement de poste ; étendue des lésions : mains ; récidives : 4 (à l'occasion de manipulations d'ampoules). Tests cutanés : largactil : —.

6) Mme Ver... Début de la première lésion : février 1953 ; durée de la poussée : 10 jours, sédation à l'arrêt du travail ; récidives : lorsque l'infirmière manipule le produit (ampoules, comprimés) ; étendue des lésions : mains, avant-bras, cou, jambes, face (œdème important des paupières) ; traitements : emgé, domistan, antihistaminiques, hépacholine. Tests cutanés : largactil : +, parsidol : —, phénergan : —, multergan : —, diparcol : —, leucoplast : —.

7) Mme Lau... Date d'apparition : avril 1953 ; durée de la poussée : 10 jours ; étendue des lésions : mains, conjonctives ; récidives : lorsque l'infirmière est au contact du produit ou des malades ; pas de test.

8) Mlle V... Date d'apparition : juillet 1953 ; durée de la poussée : 8 jours ; nature des lésions : œdème des paupières, conjonctivite ; pas de test.

9) Mme F... Date d'apparition : mai 1953 ; durée de la poussée : 8 jours, sans rechute ; étendue des lésions : mains, conjonctives, paupières ; pas de test.

10) Mlle C... Antécédents arthritiques ; eczéma ; date d'apparition : avril 1953 ; durée de la poussée : 15 jours, sédation au repos, reprise au contact du médicament ; étendue des lésions : mains, cou, visage ; pas de test.

Ces accidents sont rebelles à toutes les thérapeutiques habituelles de désensibilisation, et en particulier aux antihistaminiques. Ils disparaissent par contre totalement et rapidement (en quelques jours), lorsque le sujet cesse d'être en contact avec l'allergène. Les récidives sont fréquentes et nous avons vu une infirmière sensibilisée présenter des manifestations d'intolérance *lorsqu'elle était simplement en contact avec des collègues qui venaient de pratiquer les injections.*

Il faut souligner d'autre part que nous n'avons jamais vu apparaître de tels accidents chez une seule de nos malades en cure de chlorpromazine.

Ces accidents peuvent être prévenus par une sélection du personnel et surtout par l'adoption de précautions très strictes dans la préparation et l'exécution des injections. Nous exigeons le port de gants de caoutchouc lors de la manipulation des ampoules, des seringues,

et même de la literie des malades. Nous recommandons le port de lunettes et d'un masque de type chirurgical lors du remplissage des seringues. Pratiquement, cet accoutrement est très difficile à faire admettre. Aussi, nous est-il paru plus sûr de confier toutes les malades en traitement dans une salle qui leur est spécialement réservée à une seule équipe d'infirmières, toujours les mêmes, et dont l'insensibilité au produit a été préalablement prouvée par des tests cutanés négatifs. Des blouses spéciales sont réservées. Un matériel complet d'injection et d'aseptie est également affecté spécialement à cette thérapeutique. Moyennant ces précautions, qui peuvent paraître exagérées, mais qui nous ont paru nécessaires, nous avons vu disparaître ces accidents d'intolérance, accidents qui avaient revêtu une allure telle que nous aurions été amenés à suspendre l'administration du largactil, si cette drogue ne rendait pas des services si importants dans le traitement et l'assistance psychiatriques.

Bien entendu, nous avons demandé et obtenu de l'administration que les troubles qui ont amené des arrêts de travail soient considérés comme « maladies contractées en service ».

DISCUSSION

M. J. PARAIRE. — signale qu'il a observé un cas de dermite chez un infirmier et chez un malade au cours d'injections de largactil.

M. M. LECONTE. — Comme le Dr Deshaies, le Dr Leconte est frappé du nombre important d'agents contaminés. Il est d'accord avec son auteur sur l'utilité de la communication. Elle montre, en tout cas, la nécessité de s'assurer d'une technique médicale rigoureuse et du devoir des chefs de service de spécialiser leur personnel, comme l'a fait le Dr Tusques en créant une équipe fixe.

Cela n'est pas toujours facile quand le personnel souhaite imposer une sorte de roulement et où, à tour de rôle, non-autorisés et autorisés veulent être admis à accomplir des soins délicats pour eux-mêmes comme pour les malades.

Le droit du chef de service d'affecter son personnel au mieux de ses responsabilités et de l'intérêt de tous, doit être sauvegardé et la publication de ces incidents est doublement suggestive.

Résultats d'une réflexothérapie par voie intra-dermique chez des malades dirigés vers un service de psychiatrie (1), par MM. BACHET et P. MARCHAIS.

C'est avec un recul de plus de 18 mois et une expérience thérapeutique concernant plusieurs centaines de malades que nous envisagerons les résultats d'ensemble fournis par une réflexothérapie intra-dermique. Dans des publications antérieures, nous avons déjà signalé les modalités d'une telle méthode, aussi ne les reprendrons-nous que

(1) Centre médico-chirurgical Foch (Suresnes).

succinctement afin d'insister plus particulièrement sur certains problèmes posés par les résultats obtenus.

Cette méthode a succédé aux résultats d'une réflexothérapie cutanée exposée ici-même ; elle en a conservé les indications générales, mais l'expérience progressive a permis son extension thérapeutique dans diverses affections de médecine générale dites « fonctionnelles » et surtout dans le domaine psychiatrique, principalement en ce qui concerne les névroses, mais aussi dans certaines psychoses chez des malades non internés. Elle contribue à mieux faire saisir certaines formes de passage existant entre la médecine générale et la pathologie mentale, permettant ainsi d'apporter des arguments importants pour l'étude de problèmes dits psycho-somatiques.

Schématiquement, nous pouvons dire que son intérêt réside dans une excitation plus localisée, plus intense et plus prolongée que la cutanéothérapie réflexe, permettant ainsi d'obtenir des résultats thérapeutiques auxquels ne peut parfois atteindre celle-ci. De nombreux problèmes seraient certes à résoudre sur la nature et les particularités des diverses excitations s'appliquant au derme et à l'épiderme et sur les multiples actions physico-chimiques qui en dépendent. Si nous ne sommes en mesure d'y répondre que d'une façon très hypothétique, nous pouvons toutefois attester d'une observation clinique prolongée et des résultats que celle-ci comporte.

Certaines constatations cliniques dans l'étude des excitations intradermiques nous ont conduits entre autres à reposer le problème de thérapeutiques empiriques (notamment de l'acupuncture) sous une forme nouvelle, en se référant aux données anatomo-cliniques en notre possession. Il est un fait bien connu, l'excitation intradermique au niveau d'un point douloureux amène très souvent une sédation de cette douleur. D'autre part, nous avons déjà signalé que, dans les affections fonctionnelles et névrotiques, il existait un signe-témoin de la participation vaso-motrice caractérisée par une douleur vive limitée à la palpation profonde des troncs vasculaires, notamment aortique et iliaque, douleur disparaissant ou s'atténuant considérablement par une excitation à ce niveau. Or, l'expérience montre que cette excitation, soit cutanée, soit intradermique, s'accompagne d'une nette amélioration, voire d'une disparition des symptômes fonctionnels, de leur traduction anxieuse névrotique ou parfois psychopathique qui ont amené le malade à consulter, lorsque ces excitations sont suffisamment répétées. Par exemple, nous avons été conduits à laisser à demeure pendant quelques heures des aiguilles dans le derme, sur la projection des troncs vasculaires et aussi sur celle des divers trajets principaux neuro-végétatifs (chaînes sympathiques en particulier). Conformément à ce que l'on pouvait attendre, nous avons pu ainsi obtenir des résultats probants dans certaines douleurs, dystonies végétatives diverses, anxiétés sous de nombreuses formes, y compris celles de dépressions profondes, le plus souvent réactionnelles. Signalons au

passage que certains résultats intéressants rapportés par les acupuncteurs médicaux peuvent être rapprochés du fait que la géographie des « méridiens » correspond souvent à la projection cutanée des trajets vasculaires ou végétatifs.

Nous avons déjà signalé à diverses reprises qu'une injection intradermique un peu douloureuse était susceptible de faire disparaître la douleur-maladie amenant à consulter, le type en est la douleur réflexe post-traumatique, mais provoquait en même temps une réaction vaso-motrice générale avec sueurs, tremblements, crises de larmes, voire une lipothymie en quelques cas. Lorsque cette même infiltration est faite au niveau de la projection cutanée d'un vaisseau douloureux à la palpation profonde, il semble que la réaction vaso-motrice générale soit souvent plus forte et permette ainsi de pouvoir agir sur des troubles fonctionnels ou névrotiques dont l'ensemble réalise le tableau d'une maladie mentale. C'est ainsi que la répétition de telles infiltrations intradermiques à ces niveaux a pu nous donner de nombreuses et de remarquables guérisons sans l'appoint d'aucune chimiothérapie dans tous les cas et souvent aussi sans psychothérapie, dans des troubles dits « fonctionnels » ou « neurasthéniques », voire dans certaines névroses graves.

La nature du produit utilisé intervient aussi, faisant certainement appel à des facteurs physico-chimiques complexes. Sans doute, peut-on obtenir d'intéressants résultats avec des produits dont l'injection n'est pas douloureuse, tels le sérum physiologique, le sulfate de magnésie, etc... Il en est de même pour la procaine, l'auto-hémo-intradermique mais, dans ces cas, il est plus difficile de savoir ce qui revient aux réactions réflexes dues à l'injection. Nous citerons également les résultats obtenus par des infiltrations de gaz divers. D'ailleurs, chacune de ces techniques par voie intradermique peut avoir des indications particulières variant, non pas tellement suivant la maladie, mais selon la réaction du malade. Nous rappellerons à ce propos le traitement habituel par voie intradermique de certaines douleurs par l'histamine ou par des substances toxiques d'origine animale. Les meilleurs résultats semblent obtenus, tout au moins en général, lorsque nous nous servons de produits dont l'injection est douloureuse, telle l'eau distillée. Faut-il voir dans ce fait le témoin d'une stimulation périphérique plus intense due aux propriétés d'un tel liquide au contact des tissus, la sensation douloureuse traduirait une réaction à retentissement central et cortical plus forte et peut-être par là-même susceptible par voie réflexe d'actions plus étendues sur le plan thérapeutique ? Quoi qu'il en soit, ces injections intradermiques un peu douloureuses nous ont permis de soulager des affections rebelles à de multiples traitements, des douleurs post-traumatiques, des dystonies neuro-végétatives diverses, des dépressions névrotiques, certains cas d'obsession vraie, tout au moins lorsqu'il existe une forte composante réflexe vaso-motrice dans la symptomatologie. A travers toutes ces actions, on peut certes invoquer

le facteur douleur et son effet psychogénique ; cependant, nous disposons de témoignages d'actions vaso-motrices et réflexes. Ainsi, nous avons montré que, pour certains cas d'hypotension orthostatique à manifestations psychiques, des séances répétées d'excitations intradermiques au niveau des gros troncs vasculaires abdominaux douloureux à la palpation profonde entraînaient une régularisation progressive de la tension et du pouls pris en clino et en orthostatisme avant et après chaque séance. Parallèlement à cette amélioration objective, nous constatons une amélioration des troubles psychiques. Ce fait n'est pas imputable à une évolution spontanée d'une poussée de la maladie, puisque nous avons pu l'observer chez plusieurs malades et que les modifications étaient immédiatement obtenues par chaque séance. Il est de plus intéressant de constater que, très souvent, les infiltrations deviennent moins douloureuses, ou tout au moins mieux supportées, au fur et à mesure que le malade évolue vers la guérison. Il semble ainsi exister un lien direct entre l'intensité de la perception douloureuse, l'importance du déséquilibre vaso-moteur, le degré d'évolution de l'affection fonctionnelle ou névrotique. En parallèle, il convient de noter que la diminution de la douleur provoquée par la palpation au niveau du λ vasculaire abdominal va presque toujours de pair avec l'amélioration de l'affection en cours de traitement. C'est en s'appuyant sur ces données que nous avons été conduits à chercher des excitations prolongées par voie intradermique au niveau des gros troncs vasculaires douloureux à la palpation profonde dans les syndromes justiciables de réflexothérapie intradermique. Les résultats, obtenus avec des produits injectables, se solidifiant dans le derme et se résorbant en deux ou trois semaines, plaident dans le même sens. Certaines dépressions névrotiques et certaines algies dépressives ont été remarquablement améliorées par cette méthode.

Tous ces faits nous amènent à constater :

1) Les rapports étroits qui existent entre la vaso-motricité générale et les maladies dites « fonctionnelles », les névroses ainsi que certains états psychopathiques ; ils confèrent par suite une particulière importance au système neuro-végétatif.

2) L'intérêt de porter des excitations périphériques pour le traitement de ces affections sur les grandes voies de ce système neuro-végétatif, notamment sur la projection cutanée des troncs vasculaires douloureux à la palpation profonde (λ vasculaire abdominal entre autres), mais aussi de tout carrefour ou trajet végétatif important.

3) Les rapports de l'effet thérapeutique obtenu avec la durée, l'intensité et la répétition de l'excitation périphérique, et l'intérêt de rechercher des stimuli suffisamment forts et prolongés.

4) Enfin, de savoir réserver ces techniques extrêmement simples et d'une remarquable bénignité à des cas pour lesquels les phénomènes neuro-végétatifs sont réversibles. Dans les cas où l'on se heurte à un conflit psychologique irréductible, elles doivent être associées aux

psychothérapies sous toutes leurs formes. Certains de leurs échecs concernent des troubles existant depuis longtemps, profondément incrustés, tant au point de vue physiologique que psychologique.

5) L'intérêt pathogénique que suscitent de telles méthodes ne peut que prendre place dans les discussions les plus récentes concernant les données théoriques très souvent évoquées ces derniers mois.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Présidence : M. B. LOGRE, président

Installation du nouveau bureau pour 1954

Président : M. B. LOGRE.

Vice-Président : M. Paul ABÉLY.

Secrétaire général : M. Xavier ABÉLY.

Trésorier-Archiviste : M. Ollivier GARAND.

Secrétaires des séances : MM. Paul SIVADON et Marcel BERGERON.

Modification des statuts

Après exposé du D^r Paul ABÉLY, *secrétaire général sortant*, l'assemblée extraordinaire vote à l'unanimité des membres présents l'adoption des trois propositions suivantes (qui avaient déjà été adoptées en conseil d'administration).

1° La cotisation annuelle est portée de 4.500 francs à 5.000 francs.

2° Le taux de cette cotisation est unifié et sera le même pour les membres titulaires et les membres correspondants nationaux.

3° Modification obligatoire mais limitée des statuts. Ces modifications ne portent que sur trois articles. Deux de ceux-là, les 11 et 13, sont de pure forme ou ne concernent que des détails de peu d'importance ; l'article 3 ne comporte qu'une révision du montant des cotisations. Celles-ci pouvant être relevées par décision de l'assemblée générale jusqu'à un maximum du triple du montant de la cotisation annuelle minimum, fixée aujourd'hui à 5.000 fr. (Jusqu'à ce jour, l'article 3 indiquait comme taux de la cotisation annuelle le chiffre de 150 francs. C'est ce chiffre qui a motivé la modification obligatoire de ce chapitre).

Notre assemblée devant indiquer, parmi nous, le nom de *deux délégués* chargés de s'occuper de ces modifications auprès du Conseil d'Etat désigne à l'unanimité MM. D. SANTENOISE et Xavier ABÉLY.

Election d'un membre titulaire honoraire

M. P. BEAUSSART, membre titulaire, demande son admission à l'honorariat. M. P. BEAUSSART remplissant les conditions prévues par les statuts est élu, *membre honoraire*, à l'unanimité des membres présents.

Election d'un membre titulaire

Après lecture d'un rapport de M. Paul ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. P. GUIRAUD, A. CRÉMIEUX et Paul ABÉLY, rapporteur, M. le D^r J. ALLIEZ est élu *membre titulaire*, par 29 voix sur 30 votants.

Election à trois places de membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. P. GUIRAUD, au nom d'une commission composée de MM. A. CRÉMIEUX, Paul ABÉLY et P. GUIRAUD, rapporteur, M. le D^r Yves POURSIDES est élu *membre correspondant national*, par 29 voix sur 30 votants.

Après lecture d'un rapport de M. Ch. CHANÈS, au nom d'une commission composée de MM. H. EV, P. SIVADON et Ch. CHANÈS, rapporteur, M. le D^r Jacques COHEN est élu *membre correspondant national*, par 27 voix sur 30 votants.

Après lecture d'un rapport de M. H. BARUK, au nom d'une commission composée de MM. A. CEILLIER, M. HYVERT et H. BARUK, rapporteur, M. le D^r P. SCHMIDT est élu *membre correspondant national*, par 20 voix sur 30 votants.

La séance est levée à 18 heures 15.

Le secrétaire général,
D^r Xavier ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 3 décembre 1953

Présidence : M. R. MOREAU, président

Un encéphale aux formations axiales archaïques.
Etude anatomo-clinique, par MM. ANDRÉ-THOMAS et J. GRUNER.

Microcéphalie chez un enfant ayant survécu quinze jours. Cliniquement, absence de réflexes primaires, cécité, ralentissement des fonctions vitales. Le réflexe de succion était conservé. Anatomiquement, il s'agissait d'une microcéphalie par immaturation, puis dégénérescence secondaire. Le cortex était pratiquement absent, seul était en activité le tronc cérébral avec persistance de système axial archaïque.

Participation du cerveau à la maladie de Charcot,
par MM. P. COSSA, J. DUPLAY, H. AMOROSO, A. CIAMIN et J. POSTEL (de Nice).

Les auteurs apportent une nouvelle preuve que la maladie de Charcot n'est pas uniquement médullaire ; les anatomo-pathologistes l'ont depuis longtemps démontré. Les auteurs ont entrepris d'objectiver, sur le vivant, la participation du cerveau à cette maladie. De fait, sur cinq malades, l'insufflation par voie lombaire a montré trois fois des dilatations ventriculaires importantes ; une fois, ils ont observé une simple accumulation d'air unilatérale à la convexité. Les images d'atrophie paraissent être en relations directes avec l'intensité et la latéralisation éventuelle du syndrome cordonal.

A propos d'un membre fantôme douloureux de type cortical pur,
sans douleur du moignon, avec comportement psychique normal.
Discussion pathogénique et thérapeutique, par MM. D. PETIT-DUTAILLIS et B. WEILL.

Présentation d'un malade, qui ressent une sensation de membre fantôme lors de crises paroxystiques entre lesquelles il existe une sensation vague.

Ces crises ne sont déclenchée par aucun élément extérieur apparent et le moignon est absolument indolore ; le psychisme de l'amputé est normal ; tous ces caractères joints à des modifications vestibulaires et sensitives font envisager l'origine corticale de ces membres fantômes et indiquer la girectomie.

Discussion

Pour M. ANDRÉ-THOMAS, l'origine périphérique des membres fantômes est la règle et, même dans ce cas, il faut être prudent avant d'affirmer un point de départ cortical.

Une cause méconnue, parmi bien d'autres, d'épilepsie « psychomotrice » encore dite temporale : l'embolie cérébrale solide, liquidienne et gazeuse, par MM. H. GASTAUT et J. ROGER (de Marseille).

Reconnaissant la fréquence des épilepsies psycho-motrices, les auteurs pensent que l'on a exagéré l'importance de la localisation temporale. Surtout, ils considèrent comme fausse la notion d'étiologie univoque de ces épilepsies. L'étude, clinique et électrique, de nombreux cas d'embolie cérébrale solide, liquidienne ou gazeuse, leur a montré qu'il était fréquent de leur reconnaître une localisation temporale.

Subluxations et entorses sous-occipitales ; leur syndrome fonctionnel consécutif aux traumatismes craniens, par M. M. FELD.

Observations de plusieurs cas caractérisés cliniquement par des douleurs, des algies cervico-craniennes, des vertiges, caractérisant habituellement le syndrome post-commotionnel, et dans lesquels des radiographies prises de face, de l'articulation atlas-axis montrent une asymétrie des interlignes séparant les masses latérales des deux vertèbres, et de l'espace séparant l'odontoides des masses latérales de l'atlas. Il s'agit là d'entorse, de subluxation capable d'entraîner des atteintes radiculaires et vasculaires qui peuvent céder aux manipulations, aux infiltrations anesthésiques et aux immobilisations.

Deux cas de syndrome de Garcin par anévrysme carotidien intracaverneux, par MM. M. RISER, G. LAZORTHES, J. GERAUD et H. ANDUZE (de Toulouse).

Les auteurs soulignent la rareté du syndrome de Garcin dans les anévrysmes carotidiens intra-caverneux. La seule thérapeutique possible leur semble être la ligature de la carotide dans le cou.

Lésions supra-spino-bulbaires dans l'amyotrophie de Werdnig-Hoffmann, par M. J. RADERMECKER.

A l'occasion d'une nouvelle observation, M. J. Radermecker insiste sur les lésions supra-spino-bulbaires de la maladie de Werdnig-Hoffmann, portant sur la couche optique avec aspect neuro-morphologique, sur le corps de Luys à type de sclérose avec neuronophagie, sur le locus niger sous la forme d'une gliose de la substance réticulée, au niveau du cervelet enfin, nombreuses images de scléroses atrophiques.

Thrombose du tronc basilaire dans un cas d'artério-sclérose précoce.
Données anatomo-cliniques, par MM. Y. POURSIDES, J. ALLIEZ, J. ROGER
et R. NAQUET (de Marseille).

Chez un homme de 46 ans, présentant des antécédents d'artérite des membres inférieurs : installation en trois mois d'une série d'épisodes pathologiques, progressivement plus graves, en relation avec une oblitération du tronc basilaire d'origine athéromateuse (vertiges isolés, puis hémianesthésie alterne, avec hémisyndrome cérébelleux, hémiplegies successives à bascule, enfin tétraplégie avec troubles végétatifs terminaux importants). L'examen anatomique devait montrer un athérome thrombosant du tronc basilaire et de l'origine de ses branches avec important ramollissement protubérantiel bilatéral prédominant à la partie orale, des zones de nécrose existant aussi dans le territoire de la cérébrale postérieure et surtout dans le cervelet, les lésions bulbaires étant très limitées.

Les auteurs insistent sur l'aspect évolutif original de ce cas et sur le caractère exceptionnel des observations anatomo-cliniques d'oblitération du tronc de l'artère basilaire, par opposition à celles mieux connues de ses branches latérales.

Compressions médullaires au cours de la maladie de Kahler, par MM. J. ALLIEZ, J. BONNAL, G. SERRATRICE et M. BADIER-BÉRARD (de Marseille).

Deux observations de compression médullaire par plasmocytome vertébral. Le premier cas, survenu chez une femme âgée, constituait une forme clinique et humorale typique, à évolution rapide. Dans le second, des localisations néoplasiques s'étaient succédées pendant dix ans, par étapes éloignées, avant l'installation de la paraplégie. Seul, l'examen histologique a permis le diagnostic, les modifications des protéines sériques étant parfois très tardives dans ces formes pauci-tumorales décrites par Marchal. Le pronostic de ces paraplegies est très sombre et l'indication opératoire n'est formelle que dans les formes solitaires, sans modifications chimiques importantes.

Ligature de la choroïdienne antérieure dans l'hémiathétose,
par M. J.-M. GUILLAUME.

Dans trois cas, ligature de la choroïdienne antérieure et disparition, chaque fois, des mouvements athétosiques. Dans aucun cas ne sont survenus d'accidents oculaires. L'auteur insiste sur la fréquence des anomalies de la choroïdienne antérieure et, en particulier, sur sa multiplicité et sur l'importance qu'il y a à la lier en totalité.

Syndrome de Plummer-Vinson avec polynévrite des membres inférieurs, par M. A. CHARLIN (de Besançon).

Chez un homme de 26 ans, porteur d'un syndrome de Plummer-Vinson, abolition des réflexes des membres inférieurs avec douleur à la pression des masses musculaires, importante atteinte de l'état général, adénopathie, splénomégalie. L'auteur pose le problème étiologique d'un tel ensemble.

Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infantile

Réunion du lundi 18 janvier 1954

Présidence : M. A. TOURNAY, président

Le sens de la mort chez l'enfant,
par MM. G. HEUYER, S. LEBOVICI et A. GIABICANI.

Les auteurs rapportent d'abord plusieurs observations d'enfants de moins de 10 ans très préoccupés par l'idée de la mort. Il ne s'agit pas de cas classiques de crise de mélancolie chez l'enfant, pas plus que de névrose obsessionnelle, où la crainte de la mort est au premier plan. Dans ces observations, les enfants sont seulement préoccupés d'une manière remarquable par la mort, l'idée du néant. Dans plusieurs cas, ils ont fait, en l'absence de crise de mélancolie et de raptus anxieux, des tentatives de suicide tout à fait à froid. Le cadre nosographique de ces observations paraît difficile à fixer.

Les auteurs ont étudié le sens de la mort dans d'autres cultures, dans les œuvres d'art. Ils citent les productions poétiques d'un garçon de 10 ans où l'idée de la mort est constamment évoquée.

Dans la deuxième partie de leur exposé, les auteurs donnent les résultats d'une enquête par questionnaire sur la genèse de la notion de la mort chez l'enfant. La représentation de la mort est le fruit des conceptions de l'environnement et, contrairement à l'opinion d'un auteur bernois, Weber, le sens de la mort ne paraît nullement inné chez l'enfant. En conclusion, les auteurs estiment que l'agressivité de l'enfant, qui s'exprime souvent en menaces de mort, traduit en fait des préoccupations affectives exprimées dans le vocabulaire des adultes.

A. propos du traitement des encéphalopathies infantiles,
par M^{me} S. ALBITRECCIA et M. A. TOURNAY

Les auteurs présentent le matériel utilisé dans ce qu'ils appellent les « classes de perception » pour enfants atteints d'encéphalopathie, éducatibles. Les appareils utilisés permettent des exercices, que l'on peut classer en plusieurs catégories :

- 1° exercice de reconnaissance (discernement des couleurs et des formes, persévérance, attention, latéralité) ;
- 2° orientation spatiale par rapport au corps propre ;
- 3° structuration ;
- 4° apprentissage à la lecture, à l'écriture et au calcul ;
- 5° apprentissage rythmique.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'un matériel attrayant, de couleurs vives, afin de retenir l'attention de ces enfants, qui sont toujours des instables au point de vue psycho-moteur.

S. LEBOVICI.

Société de médecine légale de France

Séance du 6 juillet 1953

Présidence : M. M. MULLER, président.

A propos du 3^e Congrès international de criminologie, par M. PINADEL.

L'auteur expose les grandes lignes du programme du 3^e Congrès international de criminologie, en faisant appel aux membres de la Société de médecine légale. Programme établi par la Commission scientifique de la Société internationale de criminologie. Le thème en est le récidivisme, terme qui exprime un phénomène d'ordre strictement criminologique. C'est à Londres en septembre 1955 que, selon toutes vraisemblances, se tiendra ce Congrès.

Intoxication aiguë mortelle par l'alcool éthylique et par l'alcool méthylique, par MM. V. BRUSTIER, J. TRILLOT, P. BOURDON, R. LOUBET et M^{lle} J. BERNARDY.

Problème médico-légal posé par le décès d'un alcoolique chronique qui succomba quelques heures après l'absorption de vin rouge et d'alcool à brûler. Présence d'alcool éthylique et d'alcool méthylique décelée dans le sang. Hépatite toxique suraiguë nécrosante et massive paraissant due à l'alcool méthylique, alors que les portions épargnées du foie témoignent de la cirrhose éthylique ancienne.

Oxycarbonisme chronique professionnel et sinistrose, par M. G. JULLIEN.

A propos d'une observation, l'auteur souligne les difficultés posées par cette forme d'intoxication dont la symptomatologie est en grande partie asthénique et dépressive. Difficultés du diagnostic de l'origine professionnelle de l'intoxication par CO. Il est important de renouveler plus souvent les dosages sanguins, par exemple chez les mineurs. Les séquelles sont discutées. Il semble que lorsque la cause de l'intoxication a disparu les symptômes disparaissent plus ou moins longtemps après. Mais l'affection peut aggraver un état antérieur. Enfin, les troubles subjectifs de l'intoxication chronique peuvent être le point de départ d'un état sinistrosique.

Attentats aux mœurs et accusations délirantes,
par MM. A. MERLAND et G. JULLIEN.

Après avoir rappelé que les fausses accusations se révèlent plus fréquentes dans le domaine sexuel, les auteurs résument deux observations particulièrement évocatrices.

Dans la première, un homme est accusé par son épouse d'actes impudiques dont sa fille serait la victime. Un an plus tard, l'accusatrice est internée pour un riche délire hallucinatoire érotomaniac, dont l'accusation n'était qu'une manifestation.

Dans la seconde, une accusation est portée par une délirante contre son mari, mais ici l'enfant confirme les dires de sa mère. « Cette fillette avait créé dans son esprit malléable et taré des idées délirantes qui avaient abouti à un récit imaginaire et scandaleux, calqué sur le délire maternel. »

Les auteurs concluent que les expertises psychiatriques doivent concerner la victime et les accusateurs dès que la culpabilité de l'accusé n'est pas nettement établie.

M. BACHET.

73^e Assemblée de la Société suisse de neurologie

(Zurich, 5-6 décembre 1953)

Présidence : M. le professeur F. LUTHY (de Zurich).

La *Société suisse de neurologie* a siégé à Zurich les 5 et 6 décembre 1953 pour célébrer le centenaire de la naissance de CONSTANTIN VON MONAKOV. Le professeur M. MINKOWSKI, successeur du professeur VON MONAKOV à la chaire de neurologie de l'Université de Zurich, retraça la vie, la carrière et l'œuvre de C. VON MONAKOV.

A l'occasion de ce centenaire, le professeur MOOSER, doyen de la Faculté de médecine, a remis le doctorat *honoris causa* de l'Université de Zurich à trois éminents neurologistes : Oscar VOGT (Allemagne), Jean LHERMITTE (Paris) et Mac Donald CRITCHLEY (Londres). Les professeurs LOEFFLER, BRUN, TRAMER, BOVEN, KATZENSTEIN, FREY, prirent ensuite la parole pour rappeler les importants travaux du grand savant que fut Constantin VON MONAKOV.

COMMUNICATIONS

Agénésie des lobes olfactifs (dysgraphie latérale) et des commissures calleuse et antérieure (dysgraphie médiane). Révision de la question de l'« arhinencéphalie », par le professeur G. DE MORSIER (de Genève).

Description détaillée du cerveau d'un enfant âgé de 2 mois qui présentait un cranioschizis frontal, avec agénésie des commissures calleuse et anté-

rieure, ainsi qu'une agénésie complète des lobes olfactifs (bulbe et tractus). Spina-bifida occulta. Il existait en outre un cranioschizis occipital avec agénésie du vermis cérébelleux, qui fera l'objet d'un travail ultérieur.

Revue des vingt cas anatomiques d'agénésie de la commissure calleuse, parus depuis 1935, classés en : 1) troubles de la soudure au niveau du télencéphale (télencéphaloschizis, dysraphie télencéphalique) ; 2) syndromes vasculaires embryonnaires de l'artère cérébrale antérieure. Dans ce cas, la commissure antérieure manque, non seulement dans sa partie commissurale, mais aussi dans sa partie intra-hémisphérique.

Revue des vingt-deux cas d'agénésie des lobes olfactifs (bulbe et tractus), publiés depuis trois siècles. Agénésie complète dans dix-neuf cas, incomplète dans trois cas. Douze fois la lame criblée de l'ethmoïde était mal formée. Neuf fois ont été constatées des malformations dysraphiques au niveau du crâne et de la face. Dans sept cas, l'eunuchoidisme était associé à la malformation cérébrale. L'agénésie des lobes olfactifs, conclut M. G. de Morsier, doit être considérée comme une dysraphie latérale ethmoïdo-olfactive, analogue aux autres dysraphies latérales connues (cheilognathoschizis). Dans le syndrome vasculaire embryonnaire de la cérébrale antérieure, le lobe olfactif peut également manquer. Le reste du cerveau peut être entièrement normal. Le concept d'« arhinencéphalie » (Kundrat, 1882) doit donc être révisé. L'eunuchoidisme, qui accompagne fréquemment l'agénésie des lobes olfactifs, doit être rapproché du syndrome de Bardet-Biedl.

Dans six cas d'agénésie des lobes olfactifs constatés chez des adultes, les renseignements obtenus auprès de l'entourage ont permis d'affirmer que le sujet avait des perceptions olfactives normales. Ce fait ne peut s'expliquer que par une suppléance de la fonction olfactive par les récepteurs sensitifs du trijumeau.

Dyssynergie cérébelleuse myoclonique progressive (Ramsay Hunt) à transmission dominante dans une famille bernoise, par le professeur A. FRANCESCHETTI, MM. D. KLEIN et H. WILLENER (de Genève).

Observation d'une famille atteinte dans trois générations consécutives d'un syndrome cérébelleux lentement progressif et caractérisé, dans le cas le plus évolué, par : tremblement intentionnel généralisé dès l'âge scolaire, secousses myocloniques prédominant à la tête et aux membres inférieurs, dysmétrie et dysarthrie, sans crises épileptiformes ni troubles mentaux. Deux autres membres de la famille ont présenté la même symptomatologie ; d'autres encore, à un degré variable et atténué, avec début relativement tardif. Les auteurs signalent en outre dans cette famille une incidence élevée de cataractes préséniles, sans qu'il soit possible cependant d'établir une relation entre ces deux manifestations.

Ces troubles kinétiques à évolution lentement progressive, rendant impossible tout mouvement fin et coordonné, sont rattachés par eux au groupe clinique de la dyssynergie cérébelleuse myoclonique progressive, décrite par Ramsay Hunt (1914, 1921) et étudiée plus tard par Guillain et Alajouanine (1930), Grinker et Ford (1944), Girard et Garde (1947), L. van Bogaert et son école (1947-1950). Il s'agit d'une forme pure, les signes d'une hérédité ataxique d'un côté et d'une myoclonie-épilepsie de l'autre faisant défaut. Comme substratum anatomique, ils admettent une atrophie systématisée du noyau dentelé et du pons cérébelleux supérieur.

Comme le met en évidence l'arbre généalogique, le syndrome se transmet selon le type dominant à travers trois générations, avec alternance intra-familiale de formes graves (trois membres de la famille) et de formes abortives (huit membres), et variabilité également de l'âge de manifestation.

La question des faisceaux centraux de la calotte. (Etude faite sur a collection de W. R. Hess), par M. Sandro BURGI (de Berne).

En 1885, Bechterew décrit des fibres qui s'entrecroisent avec les éléments verticaux de la commissure postérieure, descendent dans la calotte mésentéphalique et se terminent dans l'olive inférieure. Il leur donna le nom de faisceau central de la calotte. Jusqu'à nos jours, cette structure n'a jamais été identifiée d'une façon univoque et, notamment, on en ignore l'origine, les uns optant pour la couche sous-optique, les autres pour l'aire prétectale, voire le gris central. Chez le chat, on trouve un certain nombre de faisceaux descendant dans la calotte mésentéphalique et qui pourraient correspondre à la description de Bechterew. Il y a surtout un faisceau qui prend son origine dans la jonction préecto-thalamique et dont les fibres s'entrecroisent avec celles de la commissure postérieure, courent vers le noyau de Gudden et, de là, s'éparpillent dans la calotte en direction caudo-ventrale, quelques éléments arrivant jusqu'au niveau de l'olive inférieure. Une terminaison considérable dans ce noyau provient cependant de fibres plus fines qui paraissent provenir du mésentéphale dorso-rostral et qui, en descendant dans la calotte, forment en même temps une sorte de spirale à convexité externe. Ce n'est que dans la deuxième moitié de son parcours que ce faisceau tegmento-olivaire correspond fort bien à la description de Bechterew. La question se complique encore par le fait que des lésions prérubrales déterminent la dégénérescence de nombreuses fibres à parcours très disséminé (l'auteur parle ici d'une gerbe, et non pas d'un faisceau), la plupart se terminant dans la calotte méso- et rhombencéphalique, un certain nombre cependant dans l'olive inférieure.

Nouveaux moyens de traitement des cas de paraplégie,
par M. M. GUKELBERGER (de Berne).

Dans des centres spéciaux de réhabilitation créés dans les pays anglo-saxons pour le traitement des paraplégiques, avec personnel spécialisé, le malade est traité par : 1) exercices correctifs, 2) réadaptation par le travail (« occupational therapy »), 3) entraînement de la parole, 4) récupération de la voix. Le but est la réintégration du patient dans la vie professionnelle, par un travail commun du neurologue, du physiothérapeute, de l'orthopédiste, du conseiller professionnel et des chefs d'atelier. La Suisse ne possède pas encore de tels centres de réhabilitation ni encore moins de centres spécialement consacrés aux paraplégiques.

L'auteur montre par un film sur le cas d'un malade atteint de paraplégie de D 10, suite de poliomyélite, qu'une réhabilitation est possible aussi en Suisse, grâce aux divers moyens dont on peut faire usage. Après un entraînement intensif de la partie supérieure de son corps, le malade apprend, avec l'aide d'une fixation improvisée des articulations de la hanche, du genou et du pied — il est pour cela attaché sur une planche — à marcher avec des béquilles et reçoit ensuite un appareil orthopédique qui lui permet de se lever de sa chaise roulante et de s'asseoir à nouveau.

ANALYSES

LIVRES. THÈSES, BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE

Symptômes cérébraux et suites cérébrales éloignées des maladies à exanthème de l'enfance (rougeole, rubéole, scarlatine, varicelle) et de la coqueluche, ainsi que les malformations congénitales dues à ces maladies, par le docteur L. Th. FOREL. (1 vol. 23 × 16, 96 pages. éditions « Médecine et hygiène », Genève 1953).

Cet ouvrage est la réédition par « Médecine et hygiène » de la thèse de doctorat en médecine soutenue devant la Faculté de médecine de Genève par Mlle Thérèse Forel, thèse déjà présentée à nos lecteurs lors de sa publication (*Annales médico-psychologiques*, février 1953, pages 263-264) et vite épuisée en librairie. Les atteintes nerveuses dues à plus ou moins grande échéance aux suites des maladies éruptives et de la coqueluche paraissent de plus en plus importantes à mesure qu'elles sont mieux connues. Le travail de Mlle Th. Forel est une excellente mise au point des acquisitions récentes sur une question qui intéresse autant le psychiatre que le neurologue et le pédiatre.

Des complications nerveuses de la rougeole, de la rubéole et de la rubéole congénitale, de la scarlatine, de la varicelle, de la coqueluche, sont successivement et clairement exposés l'histoire, l'étiologie, la description et les formes cliniques, l'évolution, le pronostic, les séquelles, l'anatomie pathologique et le traitement.

Si grandes sont encore les difficultés d'exploration de l'étiologie et de la pathogénie de nombreux troubles mentaux héréditaires, d'états oligophréniques congénitaux, que l'auteur soulève plus de problèmes que l'on n'en peut encore actuellement résoudre. Mais c'est beaucoup que d'en avoir montré la complexité et que d'avoir fait le point de nos connaissances actuelles. Une très riche bibliographie témoigne de l'effort accompli.

Dans une intéressante préface, le professeur Ferdinand Morel marque les étapes parcourues depuis la description, par Trousseau, des complications nerveuses de la scarlatine, et souligne les progrès accomplis depuis le début du siècle.

En attirant l'attention de tous les médecins, cette brochure aura pour effet de multiplier les observations et faciliter les recherches ultérieures. Continuant une tradition familiale solidement établie, Mlle Thérèse Forel aura ainsi apporté une utile contribution à l'édification de la neuro-psychiatrie.

René CHARFENTIER.

PHYSIOLOGIE

Précis de physiologie, par L.-C. SOULA, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Toulouse. *Deuxième édition*, revue et corrigée (1 vol., 1100 pages 337 fig. in « Collection de précis médicaux », Masson et C^{ie} édit., Paris 1953).

Le succès de ce précis, dont la première édition, vite épuisée, a été présentée à nos lecteurs en en soulignant le grand intérêt (1), appelait sa réédition. Exposé des connaissances de base en physiologie, groupées autour du problème central de l'unité de l'être vivant, c'est avant tout un recueil de faits. Et, l'auteur le rappelle, chaque fait, en physiologie, soulève le problème de l'unité organique. Des acquisitions récentes, des faits nouveaux ont été ajoutés au texte primitif sans que soit modifié le plan général de l'ouvrage. L'unité de l'être vivant est faite de trois composantes indissolubles, unité de constitution biochimique d'abord, unité d'adaptation humorale ensuite, unité d'intégration nerveuse enfin. Chimique, humorale et nerveuse, l'unité est triple et indivisible.

Cette succession amène l'auteur à adopter un plan rationnel pour l'étude des matières. Ce n'est qu'après avoir étudié successivement le bilan nutritif, la digestion qui l'alimente, la circulation et la respiration qui le conditionnent, que le professeur L.-C. Soula conduit le lecteur à l'étude du milieu intérieur et de sa fixité ou homéostasie, à l'analyse du métabolisme intermédiaire énergétique et morphogénique, avant d'aborder l'exposé des fonctions de relation ; fonction motrice, système nerveux central, système nerveux autonome. Dédié à C. S. Sherrington, qui en accepta la dédicace, cet ouvrage classe les faits selon « le déroulement du progrès physiologique à travers les grands esprits qui en ont jalonné l'évolution : Lavoisier, Claude-Bernard, C. S. Sherrington, leur digne continuateur ».

Parmi les acquisitions récentes de la physiologie, ajoutées au texte depuis la précédente édition, citons les faits nouveaux apportés par l'utilisation des isotopes traceurs, les acquisitions nouvelles concernant le cholestérol et les stéroïdes, dont le rôle fonctionnel se précise chaque jour, l'exploration électrique des centres nerveux.

Inséparables de l'exposé des fonctions viscérales, les faits de physiologie générale n'ont pas fait l'objet d'une description séparée. Si l'auteur n'a pas consacré une place à part à la physiologie cellulaire, c'est qu'il n'est presque plus, aujourd'hui, de fonction dont l'étude n'ait été conduite jusqu'à l'analyse des mécanismes élémentaires. L'étude des sécrétions internes n'a pas davantage été l'objet d'un titre spécial ; certaines se rattachent au métabolisme énergétique, d'autres au métabolisme morphogénique. Le titre d'hormones, ajoute M. L.-C. Soula, ne peut être appliqué qu'aux produits de sécrétion dont le mode d'action est neuro-mimétique et ces hormones peuvent n'être que des agents du système nerveux. Endocrines et vitamines relèvent du biochimisme nutritif.

Précis qui, dans ses 1.100 pages, expose avec clarté, sans descriptions techniques inutiles, et avec un souci didactique fort apprécié des étudiants, toutes les notions de physiologie nécessaires au médecin. Mais livre aussi qui,

(1) *Annales médico-psychologiques*, février 1948, pages 246-247.

par l'esprit dans lequel il est conçu, retient l'intérêt du lecteur désireux, soit d'y puiser des notions générales récentes de physiologie, soit d'y trouver à l'aide de la table alphabétique des matières des renseignements sur un point particulier. Et, il n'est pas besoin de le rappeler, livre qui contient des notions plus que jamais indispensables à l'étude de la neuro-psychiatrie.

René CHARPENTIER.

Physiologie des lobes frontaux et du cervelet. Etude expérimentale et clinique, par John F. FULTON, professeur à l'Université de Yale, docteur en médecine H. C. (Louvain), titulaire de la chaire Francqui, Honorary Visiting Lecturer de la Belgian-American Foundation, 1951. *Préface* du professeur ALAJOUANINE. (Un vol. 158 pages, avec 48 figures 16,5 × 25). Masson et Cie édit. Paris 1953).

C'est dire l'intérêt pour les neuro-psychiatres de ces conférences faites à l'Université de Louvain, sous l'égide de la Fondation Francqui. Elles sont consacrées aux travaux sur la physiologie du lobe frontal et du cervelet qui ont été accomplis par l'auteur dans son laboratoire de l'Université de Yale.

Notions très importantes pour la compréhension des processus mentaux dans les sphères intellectuelles et émotionnelles. Dans les lobes frontaux se trouve la représentation de plusieurs fonctions autonomes intimement liées à l'expression des émotions, ainsi que des représentations des fonctions intellectuelles qui se rapportent à l'aptitude d'apprendre et de se souvenir.

Les travaux de ces dernières années ont montré qu'il existe, pour la distinction des fonctions émotionnelles et intellectuelles, une base anatomique. Quand les aires de l'écorce latérale des lobes frontaux sont extirpées, le singe, le babouin et le chimpanzé subissent un déficit dans leur faculté d'apprendre ; à la suite de lésions des structures médianes des lobes frontaux, il n'y a pas de modification de cette faculté, mais cependant des troubles du comportement émotionnel. De très grande importance pour les psychiatres et pour les neuro-chirurgiens, cette découverte est à la base des interventions désignées sous le nom de psycho-chirurgie. Dans la démence précoce, les voies importantes que l'on sectionne traversent le quadrant inféro-interne des lobes frontaux. Si les voies de l'écorce latérale sont coupées, le malade éprouve un déficit intellectuel. Et la même section nerveuse que celle utilisée dans le traitement de la démence précoce est capable de supprimer des douleurs intolérables qui ont résisté à tous les autres moyens thérapeutiques.

Comme l'écrit dans la préface *le professeur Alajouanine*, en remerciant *le professeur John F. Fulton* d'avoir publié en langue française le texte de ces conférences, l'auteur « allie en lui, de la façon la plus étroite et la plus harmonieuse, le savoir d'un grand neuro-physiologiste et l'érudition d'un savant historien de la médecine ». Précédé d'une préface historique sur l'évolution des méthodes pour l'étude des fonctions du cerveau, ce livre présente en conclusion l'exposé de ce que la physiologie du système nerveux doit à l'œuvre admirable de Sir Charles Sherrington, dont il dégage la philosophie. Les autres chapitres sont consacrés aux applications psycho-biologiques des XIX^e et XX^e siècles, à l'écorce précentrale, au cerveau viscéral, à l'étude du comportement des primates à la suite de lésions frontales, à la lobotomie chez l'homme, au cervelet reconstitué.

De très nombreuses références bibliographiques terminent ce volume abondamment illustré et dédié à la mémoire d'Arthur Van Gehuchten.

R. C.

PSYCHOLOGIE

Tâche, réussite et échec. Théorie de la conduite humaine, par Joseph NUTTIN, professeur à l'Université de Louvain (1 vol. in-8°, 530 pages, Editions « Erasme », Paris 1953).

Dans ce livre, l'auteur recherche l'influence du bon et du mauvais résultat — réussite et échec — sur le développement du processus de la conduite, tenant compte pour l'examen de ce problème de facteurs et d'aspects spécifiquement humains. Etudiant les rapports et les influences réciproques de la réussite ou de l'échec d'une part, du comportement et de la personnalité d'autre part, le professeur Joseph Nuttin examine comment sont perçus, connus, appréciés, remémorés, la réussite et l'échec, ainsi que l'influence de l'engagement personnel sur la perception des résultats obtenus au cours d'une activité continue et l'influence des premières expériences d'échec et de succès sur la perception des résultats ultérieurs. Il souligne l'importance de certaines attitudes du sujet à l'égard de lui-même et de son activité dans la manière dont il perçoit une succession de réussites et d'échecs au cours d'une activité globale, et que l'attitude de l'homme à l'égard de l'échec et du succès ne peut être étudiée de façon approfondie que dans le cadre d'une analyse de la personnalité tout entière. De nombreuses expériences personnelles mettent également en évidence le mécanisme et les conséquences du souvenir de la réussite et de l'échec, mais aussi de la « contagion » du souvenir de l'échec et du succès.

La deuxième partie de l'ouvrage traite de l'influence directe du bon et du mauvais résultat d'un acte sur le comportement ultérieur, du problème de l'apprentissage, de la formation des habitudes. Après un examen historique des notions fondamentales de la théorie de la conduite, des origines, de la portée philosophique de la loi de l'effet de Thorndike et de ses développements ultérieurs, de la loi de renforcement de Hull, M. Joseph Nuttin conclut des résultats d'un grand nombre d'expériences que « le bon résultat comme tel ne renforce pas systématiquement les connexions "récompensées" dans cette forme de comportement humain qu'est l'exécution d'une tâche ». A l'analyse expérimentale de l'action respective du résultat et de la motivation dans sa forme spécifiquement humaine, qui est souvent celle d'une tâche à accomplir, fait suite l'étude du rôle du relief structural, qui ajoute son action à celle du succès. Facteurs dynamiques et structuraux sont inséparables dans leur action sur le développement du comportement et de l'apprentissage.

Dans un dernier chapitre intitulé « Eléments d'une théorie de la conduite humaine », le professeur Joseph Nuttin, après avoir indiqué sa conception de la motivation, de la connaissance du monde et de l'action proprement dite comme composantes de la conduite et montré comment l'expérience passée intervient, par l'intermédiaire du processus d'apprentissage, dans l'élaboration du comportement actuel, dégage le rôle respectif du résultat et de la motivation, insiste sur le rapport entre l'étude du développement comportemental et la psychologie de la personnalité.

En appendice, figurent les résultats des expériences de l'auteur sur « la contagion de l'effet » (Thorndike-Effect), des échantillons de questions posées et de réponses obtenues au cours de diverses expériences. Une importante bibliographie, des index des expériences, tableaux et graphiques, des noms d'auteurs, un index alphabétique des matières complètent cet important ouvrage et en facilitent la consultation.

René CHARPENTIER.

CARACTÉROLOGIE

Les douze facteurs du caractère. Leur influence sur la physionomie et sur l'écriture, par Jacques BRACH. (1 vol. in 8° 224 pages, 52 fig. « L'Arche » édit., Paris 1953).

Dans une première partie, après le rappel critique de typologies et de caractérologies antérieures, et l'étude des réactions de la constitution innée aux stimulations du milieu, l'auteur dégage douze facteurs élémentaires du comportement : l'activité, l'égoïsme de conservation et l'activité allocentrique (dépendant surtout de la vitalité) ; la sensorialité ou impressionnabilité sensorielle et la subjectivité-objectivité (dépendant de l'excitabilité) ; l'intensité maxima de la conscience (possibilité d'attention), la faculté associative, la faculté rétentive, la faculté évocatrice (ces trois dernières dépendant surtout de la réactivité) ; la proportion du subconscient et le degré d'intuition, la largeur de la conscience, l'organisation active de l'activité. Les diverses modalités de conscience et de subconscience provoquant la possibilité d'attention, le degré d'intuition et la largeur de conscience.

Pour M. Jacques Brach, les qualités et les défauts de l'individu peuvent être considérés comme résultant chacun de plusieurs de ces facteurs élémentaires ; la plupart des névroses et des psychoses proviendraient de l'intensité anormale de l'un de ces facteurs élémentaires. Et dans la deuxième partie de l'ouvrage, consacrée à l'étude des comportements complexes résultant de ces douze facteurs élémentaires, à l'étude des conduites secondaires et à l'exposé des tests permettant d'établir pour chacun l'intensité des divers facteurs élémentaires du comportement, l'auteur montre comment l'individu, en même temps qu'il adapte son tempérament et ses dispositions aux circonstances, acquiert certains besoins, certaines modalités habituelles de réaction, certaines régulations de son comportement. Besoins, habitudes, régulations qui, de même que les interréactions des facteurs primaires du comportement, interviennent dans l'organisation de son activité. Les facteurs élémentaires des psychismes inconscient et conscient forment la base de la conduite humaine. Un tableau indiquant la correspondance entre les facteurs du comportement et les troubles cérébraux, névroses ou psychoses, termine ces pages dans lesquelles la détermination de l'intensité à attribuer à chaque facteur de caractère aboutit à l'établissement de profils psychologiques.

Recherchant dans une troisième partie les traces concrètes des tendances, des comportements et des conduites, M. Jacques Brach expose, avec de nombreuses illustrations, les éléments de diagnostic du caractère par la physionomie, les gestes et l'écriture. Dans une quatrième partie, destinée à vérifier ces indications, il établit ensuite, d'après la physionomie et l'écriture, les

silhouettes caractérielles de Napoléon, Talleyrand, Bismarck, Alfred de Vigny, Berlioz, Delacroix et Pasteur, concluant pour ce dernier que « c'est surtout par l'accumulation rare des diverses aptitudes et par leur équilibre harmonieux, que se caractérise ce savant hors-série et que s'expliquent ses réussites exceptionnelles ».

En annexe, sont présentées : des objections à la typologie de Heymans et Wierzma, reprise par Le Senne, puis par Berger ; des considérations sur extraversion et intraversion, primarité et secondarité, et sur la distinction entre l'affectivité simple et l'émotivité réelle ; l'examen des symptômes et des comportements auxquels correspondent certaines névroses et certaines psychoses ; une discussion de certains aspects de la doctrine de Freud ; une critique de la méthode pseudo-scientifique utilisée par les intuitifs. Une bibliographie sommaire termine cette nouvelle contribution à l'étude de la caractérologie.

R. C.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Sans tricher. Information sexuelle des garçons de 15 à 18 ans, par Henri GEORGES. *Préface* du Dr Roger BARGUES, médecin des hôpitaux psychiatriques. (1 vol. 153 pages, 14 figures, collection « Esprit » éditions du Seuil, Paris 1953).

S'il est un problème délicat et différemment compris, c'est celui de l'éducation sexuelle des adolescents. En présentant ce petit livre de M. Henri Georges, le Dr Roger BARGUES, médecin des hôpitaux psychiatriques, rappelle qu'une « prise de position à l'égard de la sexualité dépend d'une foule de facteurs, dont la simple énumération nécessiterait l'appel à des notions sociologiques, psychologiques, biologiques, pédagogiques et morales d'une complexité infinie ». L'éducation sexuelle ne saurait, pour atteindre son but, se limiter à la simple information.

Divisé en trois parties, l'exposé de M. Henri Georges, clair et précis autant que vivant, d'un idéal élevé et dans lequel la compréhension de la jeunesse s'allie à la confiance en la jeunesse actuelle, envisage ce problème aux différents points de vue. Des notions indispensables d'anatomie précèdent l'initiation à la vie conjugale et familiale, l'indication aussi des écueils de la route et des moyens de les éviter. Règle générale de vie plus encore que simple information sexuelle, ces pages dépassent, non pas le but de l'auteur, mais le titre de son petit livre. Et ce n'est pas là une critique.

La question reste entière de savoir à quels enfants, à quels adolescents remettre ce livre, et à quel âge, mais il n'y a aucune hésitation à affirmer que des éducateurs le liront avec profit, y puiseront un plan et des développements qu'ils sauront utiliser au gré des circonstances pour le plus grand bien de la santé physique et morale de leurs élèves. C'est à eux, éducateurs, parents, médecins même, souvent consultés à ce sujet, qu'il appartiendra de décider s'il est opportun de mettre ce livre entre les mains de l'un ou l'autre des adolescents dont ils ont la direction. Car cela dépendra pour chacun, non seulement des circonstances et du milieu, mais aussi et surtout de l'intelligence, de la maturité et du caractère du destinataire. Problème individuel plus que règle générale.

R. C.

THÉRAPEUTIQUE PSYCHANALYTIQUE

Problèmes de technique psychanalytique, par Otto FENICHEL, *traduction française*, par Anne BERMAN. (1 vol, in 8°, 151 pages, Presses universitaires de France, Paris, 1953).

Les questions de technique psychanalytique ne sont traitées que dans de rares ouvrages. L'auteur en recherche les raisons, dont la moindre n'est assurément pas la complexité de cette technique, par laquelle doit être élevée à la clarté scientifique la compréhension de l'intuition (page 14) et sur laquelle « les opinions sont extrêmement divisées », même en ce qui concerne les facteurs thérapeutiques efficaces.

Après avoir examiné la nature de la thérapeutique psychanalytique, les voies qui conduisent à l'inconscient et le rendent accessible, en particulier la dynamique (interférences dans le jeu des forces psychiques) et l'économie (modifications qui se produisent dans la répartition de l'énergie psychique) de l'interprétation psychanalytique, l'auteur étudie les aspects structuraux de l'interprétation, abordant ainsi la question de l'analyse du « moi » et du « ça ». Suivent des commentaires à propos de l'analyse du transfert et la discussion de l'élaboration interprétative et de quelques problèmes particuliers de technique. « Toutes les interprétations, et tout particulièrement la plus importante d'entre elles, celle du transfert, doivent être maintes et maintes fois répétées devant chaque nouveau barrage de résistance : en d'autres termes, une élaboration interprétative est nécessaire. Ce qu'on obtient alors est l'union du moi avec ce qu'il avait auparavant rejeté... Les énergies bloquées sont alors réellement libérées. » Sans vouloir dire qu'il ne faut se servir en analyse que de l'entendement et non de l'intuition, l'auteur insiste sur la nécessité de « réfléchir aux procédés à employer, de façon à pouvoir toujours agir intuitivement en nous appuyant sur nos connaissances et notre compréhension et en nous proposant un but défini ».

Une revue critique des travaux relatifs à la technique psychanalytique, lesquels occupent fort peu de place dans la riche littérature psychanalytique, termine ce commentaire des lois de technique établies par Freud, cette démonstration de la manière d'utiliser la théorie freudienne des névroses en analyse thérapeutique.

R. C.

CRIMINOLOGIE

Le traitement des récidivistes en France, par Charles GERMAIN, directeur de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice, secrétaire général de la Fondation internationale pénale et pénitentiaire (1 brochure, 106 pages, Imprimerie administrative, Melun, 1953).

Cette brochure comprend tout d'abord le texte d'une conférence faite par M. Charles Germain, le 13 octobre 1953, au « Deuxième cours international de criminologie », organisé à Paris, sur le traitement en France des réci-

divistes. L'auteur y expose des considérations générales sur les caractéristiques de la législation et de la pratique pénitentiaire française concernant les délinquants d'habitude, ainsi que les modifications qu'il estime souhaitable d'y apporter. M. Charles Germain passe successivement en revue : la technique légale de détermination des cas de relégation ; les attributions des tribunaux dans l'imposition de cette mesure de sûreté ; les bases du traitement pénitentiaire des relégués (antisociaux, asociaux, rééducables) ; le caractère complémentaire de la mesure de sûreté, qui ne s'applique qu'après l'exécution de la peine et la tendance vers l'unification dans le mode d'exécution de la mesure de sûreté et de la peine ; la question de la durée de la mesure de sûreté ; les conditions dans lesquelles prend fin la mesure de sûreté et les précautions de défense sociale prises à l'égard des libérés ; l'étendue d'application de la loi sur la relégation.

Sont ensuite décrites les modalités du traitement, selon qu'il s'agisse de « récidivistes ordinaires » ou de « délinquants d'habitude », multi-récidivistes, pour lesquels l'auteur précise, selon la loi, le critère de l'état dangereux. Système complexe en ce qui concerne ces derniers, « complexe comme l'est la situation à laquelle il prétend faire face, comme l'est la notion de l'état dangereux, comme l'est la nature même des relégués ». La protection sociale se trouve assurée par l'internement des intéressés dans des conditions de sécurité équivalentes à celles de la peine privative de liberté. Le traitement individualisé du délinquant est effectué dans une série d'établissements spécialisés et adaptés à la personnalité du délinquant, dont l'observation se trouve ainsi poursuivie. Ce traitement est orienté vers l'essai de reclassement que constitue la liberté conditionnelle entourée de précautions et d'assistance post-pénale. Quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent, un premier examen médico-psychologique et social s'attache tout d'abord à déterminer les différents éléments de la personnalité des condamnés.

Trois annexes complètent cette brochure. On trouvera, en premier lieu, un important exposé de M. Henri Letourneur, directeur de la Maison centrale d'Ensisheim sur les méthodes d'observation et de traitement utilisées dans cet établissement à l'égard des récidivistes, ainsi que sur les difficultés de la vie pénitentiaire et les problèmes posés par la phase post-pénale. D'intéressantes statistiques complètent cet exposé.

Le Dr R. Vullien, médecin-chef de l'Institut médico-pédagogique d'Armentières et chargé de l'observation des relégués au Centre de Leos, présente ensuite des considérations sur l'état dangereux des relégués multi-récidivistes et sur les méthodes d'appréciation, de mesure de cet état dangereux (indices biologiques, sociaux, légaux, tests projectifs), méthodes dont il souligne les difficultés d'application ou les insuffisances. Il suggère, en terminant, la création par l'Administration pénitentiaire d'un grand établissement destiné aux relégués, conçu sur le type pavillonnaire d'un hôpital psychiatrique moderne, centre rationnel où le classement pourrait être établi, compte tenu du degré de nocivité (sujets rééducables ; asociaux ; vieillards et infirmes ; antisociaux sous surveillance nécessaire mais capables d'un régime occupationnel ; sujets très dangereux).

En réponse à un questionnaire, le Dr P. Giscard, médecin des hôpitaux psychiatriques, chargé du traitement des relégués aux Centres de Gannat et de Clermont-Ferrand, conclut que le système de classification et de réadaptation des relégués adopté par l'Administration pénitentiaire ayant donné

des résultats, cette expérience doit être continuée. Tout en en surveillant les modalités d'application, il conseille également de conserver, comme judiciaires et satisfaisant, le système de mise à l'épreuve en semi-liberté avant l'octroi d'une libération conditionnelle.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Etude psychologique d'un homme de 106 ans. Contribution aux concepts dynamiques de la vieillesse et de la démence, par D.-B. SCHUSTER. (*American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 2, août 1952, p. 112).

Le problème de la vieillesse est particulièrement important ; la durée de la vie augmente et une plus grande proportion de la population constitue le groupe des vieillards. La vieillesse entraîne les plus grands changements dans l'équilibre physique et psychologique. Si, dans le système nerveux on note l'atrophie du cerveau, la disparition de neurones, l'involution du système vasculaire, l'apparition de corps amylacés et des plaques séniles, l'auteur n'admet pas que ces modifications soient la cause du fléchissement des fonctions mentales, et, opinion qui nous paraît également discutable, qu'il n'y a aucun rapport direct entre les lésions cérébrales et la profondeur de la démence.

Exemple d'un cas de survieillard, âgé de 105 ans, dont l'ensemble physique semble avoir présenté le minimum de déchéance et dont les facultés mentales montrent un degré surprenant de préservation. Les tests de Wechsler-Bellevue et de Rorschach ont été appliqués. On relève une légère anxiété dans la sphère sexuelle. Ce sujet n'a jamais présenté de conflits névrotiques ; après avoir été riche, il est devenu pauvre et il a été obligé d'accepter l'assistance aux vieillards. Outre sa bonne constitution physique, sa forte personnalité a été la cause de sa parfaite adaptation à la vieillesse.

L'auteur discute ainsi ce cas. Du point de vue de la psychologie dynamique, le processus de la vieillesse semble résider en l'interaction de modifications à la fois physiques et psychologiques qui agissent contre la réserve des ressources internes auxquelles l'individu est capable d'avoir recours pour compenser leurs effets. Le processus de la vieillesse consiste en une force qui s'affaiblit, l'état terminal étant la démence. Au cours de cet affaiblissement du moi, on constate une difficulté progressive, non seulement à s'adapter aux conditions extérieures, mais aussi à résister aux impulsions internes telles que tendances instinctives, états émotifs comprimés, éléments névrotiques latents. Le comportement à cette période dépend en partie de la somme et du contenu des conflits émotionnels antérieurement réprimés. L'auteur suggère que les personnalités à forte énergie émotionnelle possèdent ainsi une ressource pour préserver et maintenir la vie et les fonctions mentales, pour lutter contre les forces destructives et détériorantes.

L. MARCHAND.

Un centenaire étudié au moyen du test de Rorschach, par Carlo Rizzo (de Rome). (*Archives internationales de neurologie*, décembre 1950, p. 164-169).

L'auteur décrit le protocole de Rorschach d'un centenaire sans troubles psychiques. Il y a peu de réponses avec prépondérance des détails oligophréniques, interprétations de forme uniquement, coartation complète, ralentissement de l'épreuve avec quelques tentatives de refus, chiffre très bas de A %. L'ensemble plaide pour une condition involutive initiale, malgré le très grand âge du sujet.

V.-J. DURAND.

Étude d'une épreuve gestaltique (épreuve des « actes interrompus et du complètement des actes ») appliquée à la psychopathologie de l'âge involutif. (Studio di una prova gestaltica (prova degli « atti interrotti » e del « complemento degli atti ») applicata alla psicopatologia dell'età involutiva), par Mario NISTRI (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, 41, fasc. 2, mars-avril 1952, p. 156-161).

Après avoir rappelé les éléments essentiels de sa conception gestaltique de l'action, l'auteur donne les résultats obtenus au moyen du test des actions interrompues et de l'achèvement des actions dans 63 cas de psychoses séniles et artérioscléreuses. Dans l'ensemble, il y a un rapport entre l'affaiblissement intellectuel (en particulier troubles de la mémoire) et la structure des forces du champ d'activité. De cette structure dépend la tension servant à l'accomplissement de l'acte lui-même. L'application des lois de la psychologie gestaltique à l'étude des aspects psychopathologiques de l'âge involutif peut se montrer pleine d'enseignements.

V.-J. DURAND.

Du délire : une lacune dans l'enseignement psychiatrique, par MAX LEVIN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 9, mars 1951, p. 689).

Dans de nombreux articles psychiatriques, le mot « délire » n'est même pas mentionné. Le travail actuel est un plaidoyer pour qu'on ne considère plus le délire comme quelque chose d'ésotérique. Le délire est une psychose caractérisée par de la désorientation, de l'agitation, de l'hébétéude, de la peur, des hallucinations et d'autres symptômes mentaux. Souvent, il est plus accusé la nuit que le jour. Il peut être dû à une toxine et disparaître avec la désintoxication. Quand il apparaît à la phase terminale des démences organiques, de la démence sénile ou de la démence paralytique, il est irréversible et peut durer des mois et même des années. La désorientation du délirant diffère de celle du schizophrène paranoïde. Le délirant, contrairement au schizophrène, se trompe sur ce qui lui est familier : par exemple, à l'hôpital il se croit chez lui, l'infirmière est sa femme. Par suite de la paralysie de ses centres cérébraux les plus élevés, il a perdu son pouvoir de discrimination ; il tend à penser et à agir suivant les habitudes acquises au cours de son existence ; il ne peut rectifier ses pensées et ses actes quand

ils ne sont pas appropriés aux circonstances présentes. Dans les délires toxiques, on doit supprimer brusquement et complètement le toxique. On doit s'abstenir de donner aux malades des produits qui peuvent eux-mêmes causer du délire. Les bromures et les barbituriques doivent être proscrits dans le *délirium tremens* ; la paralaldéhyde est le seul hypnotique à prescrire.

L. MARCHAND.

Séméiologie et psycho-pathologie des délires, par H. BARUK. (*Sud médical et chirurgical*, t. 86, 31 juin 1953, p. 2606-2619).

Exposé qui n'est pas seulement une leçon didactique mais où l'auteur souligne chemin faisant la plupart des notions de clinique, d'étiologie ou de thérapeutique qui lui sont chères : valeur de l'histoire d'une question pour la bien comprendre, analyse très précise des symptômes afin d'aboutir à une nosographie rigoureuse, notion de la curabilité d'un grand nombre d'états classiquement durables avec importance de la constitution cyclothymique méconnue ou masquée, gravité des délires « en acte » et du rationalisme morbide, plus grande que celle du désordre affectif et ses conséquences pour l'interprétation des effets des lobotomies, importance capitale de l'étiologie et de sa valeur pronostique, rôle immense de la sympathie, à la fois pour comprendre et expliquer le délire et pour traiter les délirants. Le délire, vision « fausse ou vraie », suivant l'expression biblique, pose une série de problèmes biologiques, psychologiques et moraux qui doivent retenir l'attention non seulement du médecin mais de tous ceux qui s'intéressent au manie-ment des hommes.

J. ALLIEZ.

La psychopathologie du délire, par H. STECK. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, 1952, p. 86).

Résumé critique des quatre rapports présentés sur ce sujet au congrès de psychiatrie de Paris par P. Guiraud, W. Mayer-Gross, G.-E. Morselli et H. C. Rümke. L'opinion de nombreux autres auteurs est encore citée. M. H. Steck fait ainsi l'historique de l'interprétation médicale du délire pendant ces dernières décennies.

Il dresse un tableau des bases biologiques du délire et met en évidence les points communs avec les explications psychologiques ; celles-ci vont des théories psychanalytiques aux récentes théories existentialistes. Tableau résumé de Rümke sur la signification de la phénoménologie dans l'étude clinique des délirants. De tout cela ressort la signification finaliste du délire, qui se manifeste aussi dans l'imagination poétique des schizophrènes.

H. BERSOT.

Manie aiguë délirante, par H.-F. JARVIE et M.-C. HOOD. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 10, avril 1952, p. 758).

C'est sous le terme de manie aiguë délirante ou de « manie de Bell » que les auteurs rapportent un cas de délire aigu. Ils attribuent à Bell, en 1849, la première description de cette affection. Dans leur cas, la mort est survenue trois jours après l'admission du malade à l'hôpital. L'observation n'est pas

suivie d'un examen anatomo-pathologique. Dans leurs discussions les auteurs admettent que la manie aiguë délirante est une réaction affective aboutissant à un état d'agitation extrême plutôt qu'une phase de la psychose maniaque dépressive. Aucune indication sur l'azotémie ; cette perturbation humorale si importante pour le diagnostic et le pronostic du délire aigu semble encore ignorée des psychiatres américains.

L. MARCHAND.

Le problème du diagnostic des troubles paranoïaques, par Hubert BONNER. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 9, mars 1951, p. 677).

L'auteur définit comme suit ce que l'on doit entendre par troubles paranoïaques. La paranoïa est caractérisée par des idées délirantes systématisées sans altération de la personnalité, par l'absence d'hallucinations, par une affectivité exagérée particulièrement haineuse. Le paranoïaque est un sujet irritable, soupçonneux ; son système délirant est logique, il paraît intelligent et est généralement sociable. L'évolution des troubles se fait lentement.

Par contre, le schizophrène paranoïde a des idées délirantes bizarres, il est apathique ; sa mentalité est éteinte. Le début des troubles se fait plus tôt que celui de la paranoïa.

Pour préciser le diagnostic entre ces deux états, on doit tenir compte des conditions familiales des sujets, de leurs conflits domestiques, de leur personnalité antérieure à l'écllosion des symptômes, de leur émotivité, de leur caractère, de leurs capacités intellectuelles. A noter que l'impulsion homosexuelle est freinée davantage chez les paranoïaques que chez les schizophrènes paranoïdes.

L. MARCHAND.

Folie à deux, contribution au problème des psychoses induites, par L.-M. WOLTRING. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 68, 1, 1951).

Description détaillée d'un cas compliqué de psychose induite chez un couple. Le mari, après avoir longtemps résisté aux idées paranoïdes de sa femme, est atteint de psychose paranoïde psychogène, au contenu à la fois parallèle et contrastant. L'unité du ménage est recrée dans la psychose mais conduit à une tentative de sacrifice d'un enfant. Discussion et explications pathogéniques. Guérison du mari après deux mois de séparation d'avec sa femme, chroniquement malade.

H. BERSOT.

Formes cliniques des délires alcooliques, par Maurice BACHET. (*Etudes antialcooliques*, 5^e année, t. 2, n° 18, avril-juin 1951, p. 109-123).

L'auteur reprend la description des divers types de l'alcoolisme délirant, envisageant successivement : les délires de l'ivresse, le delirium tremens, les délires alcooliques ou avec association d'alcoolisme autres que le delirium tremens (délires aigus et subaigus avec hallucinations auditives, délires occasionnés par les grands événements ou les grandes émotions), l'al-

coolisme et les états délirants affectifs (délire de jalousie, délires des états dépressifs), les délires dans les états de démence alcoolique, les délires au cours des polynévrites alcooliques, dans d'autres maladies mentales, enfin leurs rapports avec l'hérédité.

V.-J. DURAND.

Contribution à la pathogénie et à la thérapeutique du delirium tremens et de l'ivresse pathologique, par GAZI YASARGIL. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 68, 2).

Après un bref aperçu de la littérature, l'auteur étudie d'abord les 30 alcooliques chroniques qu'il a vus à la clinique, puis 96 cas de delirium tremens (traités de 1928-1948) et enfin 20 cas d'ivresse pathologique. La comparaison de ces divers états rend plus évidente l'importance primordiale des troubles hépatiques à l'origine du delirium tremens. Les altérations du méso-diencephale ne sont qu'un facteur la plupart du temps secondaire et facultatif. Quelques conclusions d'ordre thérapeutique.

H. BERSOT.

Etude pathogénique et thérapeutique des crises de delirium et des polynévrites observées chez les alcooliques chroniques, par Raoul LECOQ. (*L'encéphale*, 1951, n° 5).

Rapportant 34 observations dont 30 de delirium tremens, l'auteur conclut que les troubles mentaux et les accidents nerveux des alcooliques chroniques seraient dus surtout à l'intoxication par l'acide pyruvique ou par les dérivés pyruviques, produits intermédiaires du catabolisme de l'alcool, intoxication qui aboutirait dans certains cas à la création d'un état de besoin, assimilable à celui des toxicomanies.

Delirium tremens et polynévrites pourraient être consécutifs à des excès d'alcool mais aussi à un sevrage brusque et, chaque fois qu'est créé l'état de besoin, c'est l'éthylothérapie intraveineuse qui s'imposerait, avec adjonction, dans les états délirants hallucinatoires, de barbituriques ou de curéthyl-B (association nicotinamide-adénine). Dans certains cas de polynévrites, l'auteur conseille d'associer le complexe vitaminique B au curéthyl-B. Il conseille également de ne pas oublier le rôle adjuvant de l'intoxication tabagique dans les névrites optiques.

R. C.

Hypertension artérielle et alcoolisme chronique, par Raoul LECOQ. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 9 février 1952).

Nouvelle démonstration du rôle de l'intoxication alcoolique dans le développement d'une hypertension artérielle, syndrome d'adaptation qui cède à un traitement approprié de désintoxication. Dans quelques cas d'hypertension d'origine différente (3 sur 42), l'alcool peut exercer une action paradoxale-ment frénatrice.

L. R.

Le facteur toxique dans le syndrome alcoolique. par Pierre FOUQUET. (*Médecine et laboratoire*, n° 14, avril 1952, p. 105-110).

Dans le syndrome alcoolique, l'auteur distingue : un facteur psychique (organisation affective spéciale marquée d'une frustration initiale), un facteur somatique de tolérance, un facteur toxique. Les intensités relatives de ces facteurs permettent de différencier trois formes cliniques : alcoolites, alcooloses et somalcooloses. Le facteur toxique est plus particulièrement décrit ici ; les éléments qui interviennent dans son développement sont rappelés. Les tests humoraux de R. Lecoq sont intéressants pour évaluer l'importance de ce facteur.

V.-J. DURAND.

La sénilité précoce des alcooliques, par A. LAMACHE, DAVOST, CHUBERRE et DELALANDE. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 15 janvier 1952).

Des modifications morphologiques, biologiques et psycho-physiologiques extériorisent le caractère fréquemment sénile des alcooliques, mêmes jeunes, sénilité relativement précoce et qui précède les complications telles que la cirrhose, la polynévrite ou la gastrite. L'aspect sénile de la plupart des alcooliques jeunes semble correspondre à la phase de l'intoxication dans laquelle ils commencent à présenter les stigmates d'une usure précoce, avant l'apparition des lésions irréversibles.

L. R.

Alcool et accidents de la circulation, par ROUVILLOIS et L. DÉROBERT. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 27 novembre 1951).

MM. Rouvillois et L. Dérobert soulignent l'importance de l'état d'ébriété ou d'ivresse parmi les facteurs des accidents de la circulation ; la carence législative ne permet pas de connaître la proportion des automobilistes ayant provoqué des accidents sous l'influence de la boisson, mais les autopsies judiciaires précoces des victimes (piétons, cyclistes, motocyclistes, conducteurs) ont montré qu'à Paris 57 p. 100 de ces victimes sont dans un état anormal dû à l'ingestion trop abondante de boissons alcoolisées, dont 40 p. 100 en état d'ivresse. Des mesures législatives devraient, comme dans de nombreux pays, rendre obligatoire la recherche biologique de l'état d'ébriété ou d'ivresse.

(Après discussion, l'Académie a renvoyé cette communication à l'examen d'une commission).

L. R.

La toxicomanie en rapport avec le problème de l'adolescence, par F. ZIMMERLING, J. TOOLAN, R. SAFRIN et B. WORTIS. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 1, octobre 1952, p. 272).

Les statistiques citées par les auteurs montrent que la toxicomanie chez les adolescents et les jeunes adultes n'est pas un problème nouveau ; il s'agit surtout d'une intoxication par les dérivés de l'opium. Le problème de

L'héroïnomanie est complexe et soulève diverses considérations sur les facteurs sociaux, économiques et psychiatriques. Outre ces diverses causes déterminantes, il faut reconnaître qu'un facteur psychologique a une action importante et constante. Les auteurs constatent que les adolescents toxicomanes présentent une personnalité particulière ; ils sont doux, sans impulsions, réguliers dans leurs devoirs, ils sont les favoris de leur mère, ils ont surtout des rapports personnels avec d'autres jeunes toxicomanes ; ils sont plutôt inactifs, ont parfois des tendances homosexuelles. Sous l'influence de l'héroïne, ils éprouvent de l'euphorie et plus d'assurance. En général, leur intelligence est normale. La toxicomanie chez les jeunes sujets fait partie du problème critique de l'adolescence au moment de sa transition avec l'état adulte.

L. MARCHAND.

Un cas de psychose par streptomycine (Un caso di psicosi da streptomycin), par Giorgio LEGGERI (de Rome). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol 5, n° 2, mars-avril 1951, p. 98-106).

L'auteur, après un résumé des phénomènes morbides observés au niveau du système nerveux par l'emploi des antibiotiques, décrit particulièrement les complications neurologiques de la streptomycine. Il rapporte ensuite un cas personnel de psychose par streptomycine, répondant à un mécanisme anaphylactique et se traduisant par un tableau clinique confusionnel curable en une quinzaine de jours. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Recherches sur les images éidétiques et leur rapport particulier avec les hallucinations visuelles, par S.-S. SALTZMAN et S. MACHOVER. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 10, avril 1952, p. 740).

L'image éidétique (de εἶδος, apparence) est le rappel d'une sensation qui se reproduit avec une netteté exceptionnelle après un intervalle plus ou moins long. Elle intéresse particulièrement la sphère visuelle. Les auteurs ont tenté de rechercher les rapports présumés entre les images éidétiques et les hallucinations des alcooliques. Un premier groupe de 20 alcooliques hallucinés visuels et un deuxième groupe de 20 alcooliques aigus et chroniques non hallucinés, furent soumis aux expériences suivantes. Dans une première expérience on leur fit fixer durant 20 secondes un carré rouge (stimulus homogène), ce qui permit de déterminer la nature de la post-image. Dans une deuxième série d'expériences, on leur fit regarder durant 35 secondes les détails de silhouettes. Trois sujets du premier groupe présentèrent des images éidétiques ; une heure après la présentation des silhouettes les images persistaient encore, mais avaient perdu de leurs détails. Aucun sujet du deuxième groupe n'en manifesta. Aucune différence ne fut remarquée dans les deux groupes concernant les post-images résultant de la fixation du stimulus homogène. Ces expériences font ressortir un rapport étroit entre les hallucinations et les images éidétiques, mais le fait que l'image éidétique n'est jamais considérée comme réelle constitue la différence spécifique entre les deux phénomènes. Selon les auteurs, les hallucinations sont des images mentales qui surviennent au cours d'états pathologiques, tandis que les images

éidétiques sont la conséquence d'une prédisposition sensorielle spécifique. Les hallucinations visuelles des alcooliques sont causées par l'altération des centres cérébraux par le toxique, par le fonds psychophysique de l'individu, par les facteurs environnants. La prédisposition éidétique n'est pas nécessaire pour le développement des hallucinations des alcooliques.

L. MARCHAND.

Un cas d'hallucinose (Um caso d'alucinose), par Otavio DE FREITAS JUNIOR. (*Jornal de medicina de Pernambuco*, 47^e année, n° 3, mai-juin 1951).

Un homme de 59 ans présente des hallucinations auditives (voix et cantiques) avec très faible participation affective et sans apparence d'interprétations. Le Rorschach montre des signes nets de schizophrénie. L'auteur pense à un processus schizophrénique lent, évoluant sur une personnalité résistante, à bon niveau intellectuel et à composantes thymiques favorables. L'artériosclérose a pu sensibiliser le malade et favoriser l'apparition d'hallucinations.

V.-J. DURAND.

Des mouvements de l'appareil vocal pendant les hallucinations auditives, par B.-H. ROBERTS, M. GREENBLATT et H.-C. SOLOMON. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 12, juin 1952, p. 912).

Une activité électromyographique des muscles de l'appareil vocal a été notée au cours de 43 épreuves chez des sujets atteints d'hallucinations auditives, mais les décharges musculaires ne coïncidèrent que quatre fois avec le déclenchement de l'hallucination. Si des décharges électromyographiques de l'appareil vocal s'observent chez des hallucinés auditifs, elles ne sont pas toujours en rapport avec l'hallucination.

L. MARCHAND.

Hallucinations olfactives et pathologie rhinencéphalique, par J. ALLIEZ. (*Marseille-médical*, 89^e année, 1952, n° 6, p. 311-319).

L'auteur reprend dans une vue d'ensemble l'étude des hallucinations olfactives, envisagées au point de vue clinique et pathologique, en se basant surtout sur leur aspect psychiatrique. La signification de l'hallucination olfactive sera différente suivant qu'elle survient au cours d'un état délirant très systématisé, dont elle sera seulement une expression psycho-sensorielle et ne pouvant alors se distinguer que difficilement des illusions ou, au contraire, lorsqu'elle paraît primitive, surgissant comme spontanément, de tonalité vive et à forte résonance affective. Elle est, dans ce dernier cas, souvent associée à des manifestations diverses mais fréquentes, telles que le sentiment d'étrangeté ou d'influence ou encore des symptômes plus ou moins dégradés d'automatisme ambulateur. Les conceptions mécanicistes et psychogénétiques sont discutées, l'auteur soulignant la valeur du symptôme dans une perspective tenant compte de sa signification instinctivo-affective mais ne négligeant pas les enseignements qu'apporte l'étude des auras olfactives au cours de l'épilepsie dite temporale. C'est par là que l'hallucination olfactive peut être

envisagée sous un aspect synthétique, où un lien pourrait être trouvé entre les altérations du système anatomique rhinencéphalique archipalléal et celles de la fonction olfactive comprise sur le plan psycho-physiologique dans sa valeur vitale primitive.

L. R.

NEUROLOGIE

Le jargon des aphasiques. Désintégration anosognosique des valeurs sémantiques du langage. — I. Analyse des principaux aspects, par Th. ALAJOUANINE, C. SABOURAUD et B. DE RIBACOURT. (*Journal de psychologie*, avril-juin 1952, n° 2).

Les auteurs s'appliquent d'abord à définir le terme de « jargon », qui est un langage « incompréhensible selon les conventions linguistiques », et ils en donnent des exemples. La jargonaphasie peut se caractériser, soit par des néologismes, soit par l'emploi d'un mot pour un autre. Le débit et le rythme des paroles est aisé. Mais les malades sont atteints d'une anosognosie qui coexiste curieusement avec la capacité de critiquer le langage d'autrui.

Ce langage inadéquat et non perçu comme tel par son auteur se retrouve dans d'autres domaines de l'aphasie ; il peut y avoir passage du jargon à la paraphasie dans l'aphasie de Wernicke. Quant aux stéréotypies que l'on observe au début de nombre d'aphasies de Broca, elles sont, comme le jargon, spontanées, non conscientes et inadéquates.

Du point de vue de l'évolution de ces malades, certains restent à ce stade (selon la nature du désordre psychique et de la lésion) ; d'autres évoluent vers la grande aphasie de Wernicke (le langage d'autrui, qu'ils comprennent, ne les aide pas). D'autres enfin évoluent vers l'aphasie avec inhibition de l'expression verbale (malades aidés par l'ébauche du mot). Ces deux derniers types de malades — ceux que le langage d'autrui aide et ceux qu'il n'aide pas — semblent hétérogènes.

Dans un post-scriptum, les auteurs discutent le travail de Weinstein et Kahn, paru en janvier 1952 dans les « Archives of Neurology and Psychiatry », qui ne concorde qu'en partie seulement avec leurs propres conclusions.

M. GLUGE.

Le jargon des aphasiques. Désintégration anosognosique des valeurs sémantiques du langage. — II. Observations commentées, par Th. ALAJOUANINE, C. SABOURAUD et B. DE RIBACOURT. (*Journal de psychologie*, 1952, n° 3).

Les auteurs donnent d'abord le plan de l'examen du langage classique auquel ils soumettent leurs malades. Ils publient ensuite quatre observations. La première est une observation de jargonaphasie complète et durable chez un malade dont les troubles irréversibles sont dus à des lésions étendues. Elle met en relief les caractères principaux du jargon. La deuxième montre le passage du jargon à l'aphasie de Wernicke. La troisième montre la récupération d'une jargonaphasie. La quatrième, les limites du jargon et de la paraphasie.

Suivent des considérations générales : tandis que l'aphasie se caractérise généralement par une défection du langage, le jargon est une production. « L'activité du langage ne se soumet plus à la rigueur du système sémantique conventionnel. » Le jargon va de pair avec une excitation générale. Il s'accompagne d'anosognosie. Il ne concerne que l'expression et non la compréhension : il y a dissociation entre le langage d'autrui et l'expression personnelle. Il met en évidence l'existence d'une activité autonome d'expression en grande partie non consciente.

L'étendue des lésions joue un rôle dans les possibilités de récupération, mais même une lésion peu localisée peut provoquer du jargon. Les résultats des tests ne révèlent pas de déficit différenciant le jargon des autres types d'aphasie.

M. GLUGE.

Les nouvelles conceptions de Conrad et la pathologie cérébrale, par C. WEINSCHENK. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, 1952, p. 101).

M. C. Weinschenk fait une longue critique des conceptions de Conrad, qui cherche à donner une nouvelle explication des troubles psychopathologiques en se basant sur la notion de la préfiguration mentale de Sander. C'est ainsi que les faux essais des aphasiques, selon Conrad, seraient un arrêt au stade de l'esquisse, stade qui est normalement franchi inconsciemment. Weinschenk, qui n'est pas d'accord non plus avec la conception de Sander, reproche à Conrad de ne pas faire la distinction entre la perception incomplète d'objets reconnaissables et la perception complète d'objets méconnaissables. Quant à la comparaison avec la formation d'un cristal, Weinschenk trouve qu'elle parle plutôt pour la théorie de la disposition verbale de Lotmar que contre celle-ci, comme le voudrait Conrad. Weinschenk désapprouve enfin l'appellation de « Vorgestalt » donnée par Conrad aux faux essais des aphasiques, car ils n'ont rien de commun avec les processus normaux.

H. BERSOT.

A propos du principe de la représentation verbale. Réfutation de l'argumentation de Weinschenk, par K. CONRAD. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, 1952, p. 119).

M. K. Conrad reproche à M. C. Weinschenk de n'avoir lu ses travaux que superficiellement, de critiquer des points secondaires et de passer à côté de l'essentiel. Il défend le concept de la préfiguration mentale (Vorgestaltung) attaqué par M. Weinschenk ; il lui paraît beaucoup plus fécond que celui de « l'objet flou » de Weinschenk qu'il rejette. Contrairement à ce que pense M. Weinschenk, ces processus de la préfiguration se rencontrent aussi dans le psychisme normal. Ses expériences portent sur des phénomènes — les données de la perception dans des conditions défectueuses — qui paraissent échapper à Weinschenk. Pour placer toute discussion sur un véritable terrain, M. K. Conrad formule trois thèses. En terminant, il se demande si les divergences d'opinion ne résultent pas de conceptions différentes de la notion de conscience qui empêchent M. Weinschenk de saisir l'objet et l'intérêt de son expérience.

H. BERSOT.

Etudes stéréotaxiques des structures encéphaliques profondes chez l'homme. Technique. Intérêt physiopathologique et thérapeutique, par J. TALAIRACH, J. DE AJURIAGUERRA et M. DAVID (de Paris). (*La Presse médicale*, 23 avril 1952).

Estimant que les repérages stéréotaxiques dérivés du principe de Horsley-Clarke sont grevés d'une trop grande imprécision (imperfection de fixation de l'appareillage, imprécision de la ligne de base osseuse par rapport aux structures, méconnaissance de l'état pathologique), les auteurs concluent qu'il est plus exact de pratiquer des repérages par rapport à des lignes de base propres aux structures : lignes de base de l'étage moyen (commissure antérieure, commissure postérieure), ligne de base de l'étage postérieur à partir desquelles peuvent être établies des cartes topographiques standard. Le repérage téléradiographique du système ventriculaire et des espaces sous-arachnoïdiens permet d'adapter la carte standard aux cas pathologiques particuliers. Ils montrent l'intérêt des problèmes physio-pathologiques et thérapeutiques soulevés par les procédés stéréotaxiques et des notions de circuits pathologiques, de qualité et de massivité de la lésion.

L. R.

Contribution à la pathologie des syndromes en foyer de l'artère cérébrale antérieure. (Beitrag zur Pathologie der Herderkrankungen der arteria cerebri anterior), par F. B. HANSEN et F. SEITELBERGER (de Vienne), (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, mars 1952, p. 1-15).

Après un rappel de l'anatomie et des symptômes de lésions de l'artère cérébrale antérieure, les auteurs rapportent deux observations personnelles avec compte rendu clinique et nécropsique. La première était un ramollissement sous-cortical droit avec atteinte du corps calleux ; il existait un anévrysme artérioscléreux de l'artère cérébrale antérieure gauche entraînant une modification de l'artère opposée. Le second cas était un ramollissement cortico-sous-cortical bilatéral avec lésion du genou du corps calleux et thrombose d'une artère cérébrale antérieure impaire irriguant les deux lobes frontaux. Photographies. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Encéphalographie dans les traumatismes crâniens récents, par P. WERTHEIMER, G. ALLÈGRE et COURJON. (*Bull. de la Société de chirurgie de Lyon*, séance du 28 février 1952).

Les auteurs résument leur expérience de trois années d'études électro-cliniques des traumatismes crânio-cérébraux fermés récents. Ils soulignent l'intérêt de l'électro-encéphalographie pour l'établissement du pronostic vital dans la période de la première semaine qui suit le traumatisme chez les blessés ne présentant aucun signe de localisation. L'électro-encéphalographie apporte des renseignements précieux pour dépister et éventuellement localiser un dommage cérébral justiciable d'un geste chirurgical. Les auteurs rapportent les effets de la procaine en perfusion intraveineuse sur les altérations des tracés électriques et sur les signes cliniques.

L. R.

Encéphalite clinique confirmée par électroencéphalographie contemporaine d'une lymphoréticulose bénigne d'inoculation, par G. ROZET, R. FAU et BEAUDOUIN (de Grenoble). (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 6 juin 1952).

Les auteurs rapportent l'histoire d'un enfant de 13 ans, amené dans un coma de début brutal avec mouvements convulsifs et fièvre à 38°. Le coma est résolutif en 24 heures, l'examen neurologique est entièrement négatif et le liquide céphalo-rachidien est normal à l'exception d'une légère hyperalbuminose à 0 gr. 40. La radiographie du crâne ainsi qu'une ventriculographie ne décèlent aucune anomalie ; par contre, l'électro-encéphalogramme montre les signes d'une souffrance cérébrale diffuse. L'étude des antécédents et l'examen général révèlent que le coma est apparu au deuxième mois de l'évolution d'une adénopathie subaiguë de la racine de la cuisse droite, dont l'intradermo-réaction démontre qu'elle est due à la lymphoréticulose bénigne d'inoculation. Les auteurs discutent les relations éventuelles entre les deux affections et suggèrent une hypothèse allergique du syndrome nerveux paroxystique.

L. R.

Hémiplégie par thrombose artérielle au cours de l'évolution d'une méningite tuberculeuse de l'enfant. Rechute et mort en état de méningo-diencephalite. Confrontation clinique, électro-encéphalographique et anatomique, par J. CHAPTAL, P. PASSOUANT, D. BRUNEL, H. LATOUR, R. JEAN, R. LOUBATIÈRES, G. CARLI et J.-P. TEMPLE. (*La Presse médicale*, 9 avril 1952)

Au 15^e jour du traitement d'une méningite tuberculeuse, compliquant une miliaire, survint une hémiplégie droite, d'emblée spasmodique, avec aphasie et tracé électro-encéphalographique de « méningo-corticalite ». La méningite, cliniquement et biologiquement non aggravée par cet accident, continua d'évoluer favorablement. L'enfant fut considéré comme guéri après cinq mois de traitement streptomycinique intrarachidien et dix mois et demi de streptomycine intra-musculaire ; liquide céphalo-rachidien normal, tracé électro-encéphalographique normal. Mais l'hémiplégie avec aphasie persista sans changement. Cinq mois après l'arrêt du traitement, rechute, et l'enfant mourut en état de méningo-encéphalite. L'autopsie confirma la méningo-encéphalite et révéla la présence d'un foyer encéphalomalacique sous-cortical. L'origine artérielle et le siège de ce foyer permettent de comprendre la dissociation évolutive observée entre l'hémiplégie et le foyer électro-encéphalographique de méningo-corticalite. L'hémiplégie relevait de la destruction ischémique sous-corticale et le tracé de méningo-corticalite d'un œdème cortical réactionnel temporaire au contact du foyer d'ischémie.

L. R.

Méningite à rechutes. Manifestation d'une dacryoethmoïdite à pneumocoques, par J. EUZIÈRE, R. LAFONT, J. DUCOS, R. CAZABAN, M. RIRSTEIN. (*Bull. de la Société de pédiatrie de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 25 novembre 1951).

Observation d'une enfant qui présenta sept méningites purulentes en cinq ans. Analyse des facteurs pathogéniques des méningites itératives et en parti-

culier du mécanisme et du traitement des cas où s'associent dans l'étiologie un traumatisme crânien et une sinusite de la face.

L. R.

Hydrome sous-dural, par F. THIÉBAUT, D. PHILIPPIDÈS, M. MENGUS, B. MONTRIEUL (*La Presse médicale*, 23 avril 1952).

Observation d'hydrome sous-dural chez un jeune homme de 19 ans, affection rare qui mérite cependant d'être connue, parce qu'abandonné à lui-même, l'hydrome sous-dural peut conduire à la cécité et à la mort, tandis qu'il peut guérir par une opération neuro-chirurgicale simple.

L. R.

Sur une encéphalite sans paralysie, à évolution favorable débutant à l'issue d'une vaccination antirabique, par Ludo van BOGAERT (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, octobre 1953).

A propos d'une observation personnelle et de deux observations comparables publiées par Sarrouy en 1938 et par Latimer, Webster et Gurdjian en 1951, toutes trois de méningo-encéphalite sans paralysies survenues au décours de la vaccination antirabique, M. Ludo van Bogaert décrit, à côté de la forme ataxo-cérébelleuse de la vaccination antirabique, des formes à type d'excitation et de dépression cycliques, d'hypersomnie avec syndrome végétatif diencéphalique parfois prolongé, susceptibles de laisser des séquelles. Il est impossible de préciser si ce sont certains constituants protéiniques du vaccin lui-même qui en sont responsables ou un virus vaccinal atténué, mais, dans les deux hypothèses, c'est à la faveur des modifications de l'organisme qu'on est convenu d'appeler allergiques qu'apparaissent ces accidents.

R. C.

Sur une variété d'encéphalite subaiguë mortelle avec mouvements involontaires unilatéraux rythmés accompagnés d'éclipses synchrones de la conscience. (A propos d'un cas anatomo-clinique), par J.-A. CHAVANY, G. GUIOT et D. HAGENMULLER (de Paris) (*La Presse médicale* 8 décembre 1951)

Observation anatomo-clinique d'un cas d'encéphalite, chez un enfant de 9 ans, avec évolution fatale en trois mois et demi. Le maître-symptôme consistait en mouvements anormaux forcés, actionnant rythmiquement le membre supérieur gauche : début brusque comme dans les chorées de Bergeron-Henoch et de Dubini, mais la contraction musculaire se maintenait six secondes, comme dans les bradycinésies de l'encéphalite. Un tel phénomène représente pour les auteurs une *forme de transition entre l'excitation motrice des chorées précitées (saccades) et celle de la maladie d'Economo-Cruchet (spasme)*. Le tableau clinique s'enrichissait d'*éclipses de la conscience* d'essence comitiale, exactement synchrones avec le début de la contraction brachiale. A l'examen anatomique, lésions histologiques diffuses prédominant toutefois sur le putamen, altérations cellulaires et une certaine prolifération microglie, lésions vasculaires et péri-vasculaires très

importantes et *curieuses vaginalites destructives*. Cette encéphalite mortelle, très vraisemblablement provoquée par un virus neurotrope, a frappé un sujet en pleine santé apparente, porteur d'une dyslexie spécifique d'ordre héréditaire.

L. R.

Encéphalites pseudo-tumorales. Étude anatomo-pathologique de 5 cas, par Michel JÉQUIER (de Lausanne). *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. CXXI, fasc. 1-2, Zurich, 1953).

Étude anatomo-pathologique de quatre cas d'encéphalite pseudo-tumorale et d'un cinquième cas où seule fut pratiquée une biopsie cérébrale, le malade ayant guéri. Lésions inflammatoires localisées à un territoire restreint. Thromboses ou thrombo-phlébites cérébrales localisées, sans qu'il y ait nécessairement une atteinte du système veineux, qui expliquent le tableau histologique : inflammation, stase, hémorragies, foyers suppuratifs. Cliniquement et anatomo-pathologiquement, il s'agit du même type de lésions que dans l'hydrocéphalie otitique de Symonds, même si fait défaut la notion d'infection de l'oreille moyenne : seules diffèrent l'étendue du processus pathologique et sa localisation. Dix figures

L. R.

Hématome intracérébral secondaire à l'hémorragie d'un angiome paraventriculaire, par J. GÉRAUD, G. LAZORTHES et RIBAUT. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophthalmologie de Toulouse*, séance du 28 janvier 1952).

Présentation d'un homme de 29 ans, opéré : ictus par hémorragie cérébro-méningée avec coma prolongé puis hémiplégie droite et aphasie. Une angiographie cérébrale, pratiquée quatorze jours après l'accident initial, montre un angiome paraventriculaire de petit volume et un hématome intracérébral qui refoule vers l'hémisphère opposé la cérébrale antérieure et soulève le groupe sylvien. L'intervention permet de vider l'hématome constitué de vieux sang et surtout de caillots, et de poser des clips sur plusieurs branches afférentes et efférentes de l'angiome. Un mois et demi après l'intervention, la récupération motrice est très nette, le malade marche seul, sans canne, se sert de sa main. Par contre, les troubles du langage sont plus lents à s'atténuer et il persiste encore une aphasie de Wernicke en voie d'amélioration.

L. R.

Atrophie porencéphalique par thrombose de l'artère sylvienne chez un nouveau-né, par J. CHAPTAL, J. CADERAS de KERLEAU, J. BALMES et R. JEAN. (*Bull. de la Société de pédiatrie de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 25 novembre 1951).

Apparition, vingt-quatre heures après la naissance, d'un état de mal convulsif suivi de coma prolongé, de crises hypertoniques et convulsives et de troubles respiratoires. L'électro-encéphalographie montre la présence d'un écran électrique gauche, l'encéphalographie gazeuse pratiquée au 36^e jour

met en évidence une atrophie porencéphalique par thrombose des branches de l'artère sylvienne.

Alors qu'une amélioration clinique et progressive est observée, reprise brutale des troubles neurologiques et mort du malade à l'âge de 5 mois à l'occasion d'une grippe confirmée par séro-réaction de Hirtz. L'origine infectieuse transplacentaire de la thrombose paraît probable.

L. R.

Les arachnoïdites bipolaires, névrites optiques œdémateuses et arachnoïdites de l'angle ponto-cérébelleux, par Cl. GROS et R. CAZABAN (de Montpellier). (*La Presse médicale*, 16 avril 1952).

En partant de deux observations caractérisées par une évolution identique : atteinte neuro-papillaire initiale suivie plusieurs mois après d'un syndrome vertigineux, les auteurs envisagent la pathogénie de certains œdèmes du nerf optique. Si, dans des cas, on peut envisager ces œdèmes comme une maladie propre des nerfs optiques, peut-être en relation avec un « virus opticotrope électif », les observations rapportées, constituant des faits cliniques contrôlés, permettent d'affirmer une atteinte arachnoïdienne optique.

L. R.

Atrophie du nerf optique par artériosclérose de l'artère carotide interne, par Paul PARIN (de Zurich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, 1, 1952, p. 139).

Description de trois cas personnels. Puis étude détaillée de cette affection : historique, âge, symptomatologie ; début plus ou moins aigu avec ou sans papille de stase, altération caractéristique du champ visuel, évolution, rémissions fréquentes. Radiographie de la carotide calcifiée. Ce diagnostic ne peut être posé que chez des personnes atteintes d'artériosclérose généralisée ou cérébrale. Discussion de la pathogénie : compression et ischémie constituent les facteurs essentiels. Diagnostic différentiel. Traitement : atropine en injection rétrobulbaire, vaso-dilatateurs, traitement chirurgical.

H. BERSOT.

Névrite optique rétrobulbaire bilatérale par métastases cancéreuses dans les gaines arachnoïdiennes, par P. DANIS et M. BRIHAYE VAN GEERTRUYDEN. (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, juin 1952).

L'atteinte du nerf optique par des métastases cancéreuses est rarement signalée. Elle peut, en effet, être cliniquement muette. A l'occasion d'une observation anatomo-clinique, les auteurs présentent l'étude de ces métastases et font remarquer que, dans les observations publiées, les lepto-méningites néoplasiques au niveau du nerf optique étaient en rapport avec des tumeurs du tube digestif, alors que les métastases de la choroïde semblent être surtout le fait de tumeurs du sein.

R. C.

Classification des polynévrites toxiques, par J. BOUDOURESQUES. (*Marseille-médical*, 89^e année, 1952, n° 7, p. 348-356).

L'auteur utilise d'abord la notion de fréquence puis celle d'étiologie médiate (professionnelle, médicamenteuse, accidentelle). Parmi les polynévrites d'observation exceptionnelle, il discute surtout l'existence de la polynévrite oxycarbonée et ne la retient pas comme légitime.

J. ALLIEZ.

La névralgie du glosso-pharyngien. (La nevralgia del glosso faringeo), par Carmelo NOBILE (d'Agrigente). (*Rassegna di neuro-psichiatria*, vol. 6, n° 2, mars-avril 1952, p. 122-127).

L'auteur rapporte une observation de névralgie du glosso-pharyngien, vraisemblablement *a frigore*, améliorée notablement par la vitamine B1 à hautes doses, associée à des injections de venin de cobra. Une rapide révision de la littérature est faite à propos de ce cas, pour lequel est émise l'hypothèse pathogénique de la nature allergique de cette forme. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Resultats d'expériences systématiques sur la cause de la fréquence périodique des complications nerveuses de la diphtérie, par W. SCHEID et H. WIECK. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, 1952, p. 269).

2.292 cas furent examinés pendant les années 1946 à 1949. 1.100 d'entre eux, triés selon des conditions déterminées, permettent d'établir que des relations étroites existent entre la gravité de la diphtérie et la fréquence et la gravité des complications nerveuses. L'épidémiologie montre que la létalité varie de la même façon. Aucun facteur autre que le caractère de la maladie elle-même ne doit entrer en jeu. Les données de la littérature sur l'existence de polynévrites après de légères diphtéries ou chez des porteurs de germes seraient donc erronées. Tout concourt à prouver que la toxine diphtérique est le facteur déterminant des complications nerveuses de la diphtérie.

H. BERSOT.

Sur un aspect inédit des complications nerveuses de la varicelle. Les formes névralgiques, par G. BOUDIN, J. NICK, F. CONTAMIN et J. LE BOURHIS. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 4 avril 1952).

Deux cas de forme névralgique de la varicelle : l'un associant à une algie trigémينية gauche, une paralysie homolatérale de la III^e paire ; l'autre réalisant une algie du grand nerf occipital d'Arnold droit.

La possibilité de complications nerveuses est connue depuis longtemps au cours de la varicelle, mais ces formes névralgiques n'avaient pas encore été signalées et méritent d'être individualisées.

L. R.

Tribulations neurologiques d'un jeune berger atteint de distomatose cérébrale à *Dicrocoelium lanceolatum*, par Fred SIGUIER, M. FELD, M. PIETTE, J.-J. WELTI et P. LUMBROSO. (*Buil. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 15 février 1952).

Observation d'un jeune berger qui présenta brusquement, en pleine santé apparente, des crises d'épilepsie, puis une hémiplégié droite avec aphasie et un syndrome méningé. Le diagnostic de méningite tuberculeuse vraisemblable semblait confirmé par la cuti-réaction positive et la présence dans le liquide céphalo-rachidien de 40 éléments lymphocytaires. Comme, ultérieurement, rien n'étayait le diagnostic primitivement soulevé, on pensa à une tumeur cérébrale ou à une malformation vasculaire. Devant la négativité de la ventriculographie et de l'artériographie, l'on reprit les éléments de discussion du diagnostic. Apparut alors l'existence d'une éosinophilie très élevée de 48 pour 100 qui fit discuter une parasitose cérébrale. La preuve en fut apportée par l'enquête étiologique ; enfant vivant au contact d'un troupeau de 700 moutons et consommant du cresson ; intradermo-réaction positive à l'antigène distomien ; présence dans les selles d'œufs embryonnés de *Dicrocoelium lanceolatum* (petite douve du foie).

L. R.

PSYCHOLOGIE

Révision de la Gestaltthéorie, par G. RÉVÉSZ. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. 12, 1953, n° 2).

L'auteur s'attache à montrer que la loi de la « Gestaltpsychologie » sur la spontanéité et l'unité des formes n'est pas valable pour tous les phénomènes perceptifs et qu'il n'est pas légitime d'accorder aux principes gestaltistes une valeur générale. Le tact, en particulier, obéit à d'autres lois que la vision et il n'y a pas d'opposition tranchée entre la sommation et la globalisation. Au contraire des figures et formes optiques, la plupart des formes tactiles ne surgissent pas spontanément mais successivement, grâce à l'activité du sujet. Dans le domaine du tact, il ne s'agit pas d'une expérience vécue totalisante mais d'une prise de conscience de la structure de l'objet perçu. Le principe synthétique dans le plan optique et spatial devient analytique dans le plan tactile : tandis que c'est la forme qui domine l'optique, c'est la structure qui domine le tactile. L'hétérogénéité des deux domaines se montre nettement dans les formes « haptomorphes » et dans les productions de modeleurs aveugles-nés. D'où la conclusion que ces constatations demandent une révision de la Gestaltpsychologie.

L. R.

La base expérimentale de l'existentialisme de Binswanger, par W. SZILASI. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, 1952, p. 74).

Esquisse des contours philosophiques des conceptions de Binswanger. M. W. Szilasi montre la valeur qu'attribue Binswanger à l'observation scientifique

rigoureuse, comme le faisait déjà Aristote. Il analyse aussi l'interprétation que donne Binswanger de la méthode psychanalytique. Il met en relief l'importance de l'enseignement de Binswanger, notamment pour la psychiatrie.

H. BERSOT.

Le problème psychologique et neurologique des danses des abeilles, par F. S. ROTSCILD (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. XII, 1953, n° 3).

La danse des abeilles est une manifestation symbolique. Bien que, dans son exécution, elle suive un schéma instinctif, chacune de ses évolutions n'en est pas moins la transformation symbolique d'une expérience individuelle, particulière. Elle symbolise les rapports psychiques dont l'action s'est manifestée chaque fois que l'animal faisait l'expérience de la recherche et de la découverte de nourriture (excursion, découverte, retour). Ces rapports agissent également dans les abeilles qui suivent la danse et les incitent à répéter, elles aussi, l'événement de la découverte de nourriture.

De nombreux faits, d'ordre anatomique et physiologique, traduisent la fonction symbolisante du système nerveux central. Les croisements de fibres entre deux centres symbolisent le phénomène primordial de la vie psychique : la séparation des rapports psychiques en deux pôles, l'un représentant le sujet de l'expérience, et l'autre son objet. C'est grâce à un système nerveux ainsi organisé que les abeilles exécutent instinctivement leurs danses symbolisantes et qu'elles peuvent comprendre instinctivement les danses d'autres abeilles.

L. R.

Les intérêts vocationnels et les différences dues au sexe (Los intereses vocacionales y las diferencias debidas al sexo), par Alberto DEL POZO (de Madrid). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 6, n° 18, 1951, p. 297-305).

Utilisant une épreuve comprenant les questions suivantes : profession préférée, causes qui motivent le choix, personnes qui interviennent dans ce choix, et profession des parents, l'auteur a étudié chez des adolescents les différences dues au sexe, la nature de la profession choisie, les facteurs d'âge, d'éducation, de milieu social, et la motivation du choix.

V.-J. DURAND.

Le test de la grappe de raisin sur des groupes homogènes de sujets normaux (Il test del grappolo d'uva su gruppi omogenei di soggetti normali), par I. SANGUINETTI et R. SIGURTA (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 13^e année, fasc. 2, mars 1952, p. 198-216).

Le test de la grappe de raisin a été recherché sur des groupes homogènes pris parmi 250 collégiens normaux. Les auteurs analysent la courbe de présence et la variabilité d'aspect des facteurs de l'épreuve, puis ils envisagent la possibilité d'obtenir par ce test un véritable profil psychologique. Quel-

ques observations détaillées sont rapportées avec comparaison des résultats et des données de la fiche psychologique fournie par les professeurs. Il n'est pas encore possible de formuler de conclusions définitives dans le domaine psychologique. Reproduction de la feuille de protocole d'examen.

V.-J. DURAND.

L'étude de la personnalité infantile au moyen du dessin (El estudio de la personalidad infantil por medio del dibujo), par Matilde LEMBERGER L. (*Psiquis, organo oficial de la Liga mexicana de Salud mental*, août 1951, p. 29-37).

La personnalité de l'enfant peut s'exprimer dans le dessin. Plusieurs procédés sont possibles : dessin sur un thème imposé, dessin libre, illustration de thèmes expliqués, récit sur thème choisi, illustration imposée par la vie de l'enfant. L'auteur montre l'intérêt respectif des diverses méthodes, signale quelques erreurs d'interprétation à éviter, donne des conseils pour la réalisation correcte de l'épreuve, cite quelques exemples.

V.-J. DURAND.

La représentation de l'univers infantile (La rappresentazione dell'universo infantile), par Amedeo DALLA VOLTA (de Gênes). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 12^e année, fasc. 3, juin 1951, p. 163-217).

L'auteur a étudié les différentes représentations de l'univers chez l'enfant en rapport avec le degré de développement intellectuel. Se basant sur les données du comportement et surtout des dessins, il analyse systématiquement les résultats obtenus. Les enfants qui n'ont pas appris que la terre est sphérique dessinent la scène de l'activité humaine comme un paysage plus ou moins riche d'objets. Ceux qui ont appris la rotondité du monde peuvent le représenter, soit comme une sphère pleine entourée par le ciel, soit comme une sphère creuse avec le ciel à l'intérieur. Dans tous les cas, l'enfant a tendance à maintenir l'unité de l'univers, même de l'univers métaphysique. Nombreuses illustrations.

V.-J. DURAND.

Situation gémellaire et développement mental, par R. ZAZZO. (*Journal de psychologie*, avril-juin 1952).

L'auteur rappelle tout d'abord le rôle de la méthode des jumeaux dans les recherches sur les rapports entre l'hérédité et le milieu.

Des études ont été faites sur le développement mental de jumeaux, dont la performance moyenne est inférieure à celle de la population contrôle. Quelles en sont les raisons ? Et pourquoi les jumeaux de sexe différent sont-ils supérieurs à ceux de même sexe ? L'infériorité mentale des jumeaux ne s'explique pas, dit M. Zazzo, par une débilité mentale, héréditaire ou congénitale, mais par la situation gémellaire envisagée d'une part du point de vue biologique (insuffisance du poids de naissance, conditions du milieu intra-utérin, etc...), d'autre part, et c'est le point le plus original, du point

de vue psycho-social. En effet, le *couple* gémellaire, surtout pour les jumeaux de même sexe, est isolé du milieu social ambiant, chaque jumeau constituant pour l'autre un écran entre la société et lui, et d'autre part, un double qui retarde le phénomène de la prise de conscience du Je. Chez les jumeaux de moins de 4 ans, l'insuffisance du quotient de développement est due à un retard des activités sociales, que sont le jeu et le langage (dans 50 % des cas). Plus tard, les difficultés d'adaptation sociale se révèlent par la cryptophasie et la fréquence du célibat.

La question de l'importance respective de ces deux facteurs, biologique et psycho-social, reste à trancher.

M. GLUGE.

Contribution à l'étude du psychodiagnostic de Rorschach chez des jumeaux, par M. SCHACHTER (de Marseille). (*L'encéphale*, 1952, n° 1).

De l'examen de sept paires de jumeaux (cinq couples monovitelins et deux couples bivitellins) à l'aide du test de Rorschach, l'auteur conclut qu'il n'y a pas identité des protocoles, pas plus chez les monovitelins que chez les bivitellins. Quelques ressemblances cependant, mais sans signification particulière. D'où cette conclusion du rôle prééminent de l'ambiance et non de la constitution.

R. C.

La méthode expérimentale en psychologie clinique (Experimental method in clinical psychology), par O. L. ZANGWILL, Sidney CROWN, D. RUSSEL-DAVIS et K. R. L. HALL. (*The British Journal of medical Psychology*, 25, n° 1, p. 16-30).

Dans une série de conférences faites à l'Université de Reading, en septembre 1951, les auteurs étudient à tour de rôle quelques-uns des problèmes posés par l'application des méthodes de la psychologie expérimentale à la clinique. Ils montrent combien il est difficile d'apprécier la valeur de ces méthodes, telles celles d'Eysenck et de l'analyse factorielle, par exemple. La fonction spéciale de la psychopathologie clinique semble l'extension des hypothèses du domaine des expériences de laboratoire dans celui des problèmes cliniques. Le cas du Maudsley Hospital est décrit par un des conférenciers. Quelques références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Quelques problèmes de validation des techniques projectives. (Some problems of validation of projective techniques), par Mary D. AMSWORTH. (*The British Journal of medical Psychology*, 24, n° 3, 1951, p. 151-161).

Les hypothèses d'interprétation des tests projectifs doivent être validées sous certaines conditions d'application, impliquant un emploi individuel, un entraînement soigneux du testeur et une conception plus holistique qu'atomiste de l'épreuve. Il faut chercher l'influence des variables qui modifient les résultats. La base interprétative des techniques projectives pourrait être notablement étendue en passant d'hypothèses formulées en termes de processus dynamiques internes à des hypothèses répondant à des termes de comportement. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Maturité et maturation, par Eugène KAHN. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, I, 1952, p. 46).

Définition de ces termes appliqués à la personnalité et dont l'un représente un état et l'autre un devenir. Brèves considérations sur les divers degrés, circonstances et rythmes de leur réalisation aux différents âges de la vie chez des personnalités normales d'abord, puis dans quelques cas pathologiques.

H. BERSOT.

Disposition de la mentalité mondiale pour les applications sociales de la psychotechnie (Disposicion de la mentalidad mundial para las aplicaciones sociales de la psicotecnica), par Jose MALLART (de Madrid). (*Revista de psicologia general y aplicada Madrid*, vol. 6, n° 17, 1951, p. 31-39).

Au cours des quinze dernières années, l'emploi de la psychotechnie s'est notablement étendu. L'auteur étudie successivement les raisons de ce développement de la psychotechnie sociale, les possibilités offertes par cette science, la préparation sociale pour en favoriser la profitable application et enfin ses rapports avec les nécessités de l'organisation mondiale.

V.-J. DURAND.

Quelques aspects de la vérification quantitative en sociologie (Some aspects of quantitative verification in sociology), par Edmund DAHLSTRÖM. (*Theoria. A swedish Journal of Philosophy and Psychology*, vol. 17, n° 1-3, 1951, p. 27-38).

On peut distinguer en sociologie des méthodes quantitatives formelles obéissant aux exigences de la statistique et des méthodes quantitatives informelles, moins précises. Dans les premières, il est d'ailleurs souvent difficile d'arriver à des chiffres rigoureusement exacts. Les causes d'erreurs sont nombreuses, soit au moment du recueil des données de la recherche, soit lors du groupement et du classement des résultats. Il faut connaître les limites des méthodes quantitatives.

V.-J. DURAND.

Contribution à la psychobiologie des masses (Contribution to the *psychobiology of the masses*), par D. KOURETAS. *Εγχεφζλος*, Athènes, janvier 1952).

Il est facile d'observer dans une masse d'individus la régression du niveau intellectuel et moral et l'apparition de tendances antérieurement réprimées. Pour la compréhension de la psychobiologie collective, l'auteur montre l'utilité des recherches de psychologie animale, rappelle le rôle de l'hypothalamus, en particulier dans ses rapports avec la « thymopsyché ». Il y a un antagonisme certain entre le cortex cérébral et les fonctions sous-corticales. Beaucoup de questions posées par l'auteur (criminalité, baisse de la moralité, effets nocifs de l'isolement carcéral, action anti-intellectuelle de la masse avec réduction à un niveau inférieur, fondements de la propagande) sont encore imparfaitement élucidées. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les répercussions déshumanisantes de la vie machiniste de nos jours, par N.-N. DRACOLIDÈS (d'Athènes). (*Revue suisse d'hygiène*, fasc. 2, 1952, p. 113-116).

Conçue comme une esclave de l'homme, la machine, peu à peu, est devenue son maître. Elle l'a déshumanisé par son action néfaste sur la santé mentale et la vie sociale, par la mutilation de sa personnalité et l'appauvrissement de son affectivité. Elle a abouti à la libération des instincts agressifs menant à des conflits destructeurs. La liberté humaine a été anéantie. Il faut simplifier les besoins créés par la vie mécanique et redonner à l'homme sa dignité en rehaussant la personnalité individuelle et en préservant son intégrité psychique.

V.-J. DURAND.

Sur le caractère national des Finnois, par KAI VON FIEANDT (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. XII, 1953, n° 3).

Après une discussion sur la notion de « caractère national », l'auteur analyse quelques traits caractéristiques des Finnois, sous la dépendance de la lutte entre deux cultures qui se répercute dans la complexité de leur caractère. Il traite de la criminalité en Finlande et de l'influence de l'alcool. Une étude du sens de l'humour termine cet article.

L. R.

ANATOMIE

Les fibres cochléaires, par Michel PORTMANN et M^{me} Cl. PORTMANN. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 22 avril 1952).

Les auteurs exposent les arguments structuraux et morphologiques, topographiques et expérimentaux qui permettent de ranger sans réserve la VIII^e paire dans les nerfs craniens à contingent efférent. Ils soulignent les possibilités qu'offrent aux chercheurs les techniques de neuro-histologie moderne telles que celle de A. Weber, qui donne des différences morphologiques des fibres suivant leur rôle physiologique beaucoup plus précises que les techniques myéliniques.

L. R.

Altérations nucléaires microscopiques et infra-microscopiques des neurones du cortex cérébral dans les maladies mentales, par BAUD et DENBER. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 1^{er} juillet 1952).

Dans le cortex cérébral de l'aire 9 chez quatre malades atteints de démence précoce et traités par l'électro-choc et chez une malade atteinte de psychose maniaco-dépressive, les auteurs ont constaté des cristalloïdes intranucléaires anormaux et diverses élaborations intranucléaires en forme de raquette ; ces anomalies permettent de conclure à des troubles du métabolisme cérébral aboutissant à l'accumulation de substances anormales dans le noyau ou, au moins, à la création de conditions physico-chimiques anormales dans le suc nucléaire.

L. R.

Opacification des systèmes veineux rachidiens et craniens par voie osseuse, par H. FISCHGOLD, J.-C. CLÉMENT, J. TALAIRACH et J. ÉCOIEFFIER (de Paris). (*La Presse médicale*, 23 avril 1952).

Les auteurs rapportent deux procédés d'opacification veineuse par injection intraveineuse : opacification des veines des trous de conjugaison par injection de la diiodone dans l'apophyse épineuse ; opacification des canaux diploïques du crâne, des sinus latéraux et des plexus veineux du cou par injection de la diiodone dans la protubérance occipitale externe.

A propos de la deuxième méthode, ils relatent avec quelques mots de technique les résultats obtenus. La diiodone injectée dans la spongieuse du crâne normal peut opacifier les canaux diploïques, les émissaires du crâne et surtout le système veineux sous-occipital. Ce n'est qu'en petite quantité qu'elle passe à l'intérieur du crâne ; la tendance du sang veineux est de passer du crâne dans les parties molles.

L. R.

Altérations du cerveau dans l'éclampsie, par T. VORTEL. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, 1952, p. 174).

Rappel des altérations anatomo-pathologiques du cerveau dans l'éclampsie telles qu'elles sont exposées dans la littérature. Description détaillée de deux cas personnels avec nombreuses illustrations histologiques. Les altérations vasculaires découvertes n'avaient jusqu'alors guère été décrites, en particulier la nécrose fibrinoïde des artérioles, que l'on rencontre aussi dans le foie et les reins. Discussion pathogénique mettant l'accent sur une réaction hyperergique du tissu mésenchymateux, dont l'angiospasme lui-même serait la conséquence.

H. BERSOT.

Lésions du système nerveux central dans les intoxications chroniques expérimentales par l'acide cyanhydrique gazeux, par P. VALADE. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 6 mai 1952).

Les animaux intoxiqués d'une façon chronique par l'acide cyanhydrique gazeux présentent des lésions nerveuses principalement bulbaires et cérébelleuses. Ces constatations indiquent que des mesures doivent être prises pour éviter l'inhalation de vapeurs d'acide cyanhydrique même à faible concentration, dans toutes les industries où ce danger est possible. Ces lésions nerveuses peuvent être le point de départ de séquelles à longue échéance dont il ne faudrait pas méconnaître l'origine.

L. R.

BIOLOGIE

Cinquante ans de physiologie, par André MAYER (*Revue philosophique*, octobre-décembre 1953).

Des résultats de l'effort scientifique au cours du xx^e siècle, M. André Mayer trace un tableau impressionnant. Mouvement de recherches qui, aidé de

moyens nouveaux, va sans cesse en s'accroissant. Si la physiologie fut, d'abord, pour une part, un des aspects de l'« Histoire naturelle » et, pour une autre, « la servante de la médecine », elle est devenue avec Claude Bernard une science indépendante, la science des mécanismes profonds de la Vie. La physiologie rejoint autant la physique et la chimie que la psychologie et la sociologie. Et, constate M. André Mayer, les recherches des cinquante dernières années ont amené un approfondissement de nos connaissances sur les deux grands problèmes de la physiologie : le mécanisme des phénomènes élémentaires de la vie, le fonctionnement des organismes vivants.

L'auteur résume successivement les résultats acquis concernant les organisations et les mécanismes élémentaires de la vie, l'existence des organismes et son cours (croissance, sénescence), le fonctionnement des organismes, le mouvement des atomes et des molécules à travers l'organisme, l'unification des activités végétatives, le système sensitivo-moteur et l'intégration de l'organisme.

Ainsi ont été approfondies beaucoup plus qu'on ne l'avait jamais fait, et beaucoup plus vite, nos connaissances sur les êtres vivants, sur l'Homme. Des instruments et des machines ont été inventés et construits, qui sont beaucoup plus puissants que les êtres vivants. Le microscope électronique, le spectroscope, l'amplificateur et l'oscillographe cathodique sont des analyseurs autrement puissants que nos sens. Le problème est substitué au mystère ; l'analyse physico-chimique et le traitement mathématique de ses résultats au mythe ; l'action réfléchie, planifiée, à la réaction instinctive. Dès maintenant, les conquêtes récentes de la physiologie ont des applications considérables et non seulement en médecine. « Tout cela prend place dans ce grand mouvement de lutte contre la mort, la maladie, l'épuisement qui fait aujourd'hui de l'espèce humaine une espèce en expansion, et en expansion rapide. »

R. C.

Syndrome général d'adaptation de H. Selye, et phénomènes de Reilly,
par Philippe DECOURT (de Paris). (*La Presse médicale*, 12 avril 1952)

Après avoir fait dans un ouvrage antérieur une minutieuse confrontation des principes et des faits expérimentaux, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes : 1° les réactions organiques décrites par Selye dans son « *Syndrome général d'adaptation* » ne constituent pas une entité nouvelle, mais sont des phénomènes de Reilly ; 2° ces réactions étant des phénomènes de Reilly, ne sont pas essentiellement la conséquence des modifications de la cortico-surrénale comme le prétend Selye : elles ont pour origine l'hypernocivité élective des agents d'agression pour les fibres nerveuses végétatives, comme l'ont démontré les expériences de Reilly ; 3° par contre, il n'a pas encore été possible d'établir définitivement comment l'atteinte initiale des fibres nerveuses végétatives provoque les réactions non spécifiques des cellules périphériques. On a invoqué plusieurs mécanismes simultanés : libération de médiateurs chimiques ou de produits organiques toxiques, action trophique directe et réactions endocriniennes secondaires.

L. R.

Le postulat du « syndrome général d'adaptation », son irréalité.
Exposé et réfutation de la thèse de H. Selye, par Philippe DECOURT (de Paris). (*La Presse médicale*, 9 juillet 1952).

L'auteur, étudiant la partie originale de la conception de Selye (l'évolution en trois stades de la « résistance spécifique » aux effets non spécifiques des agressions et son mécanisme cortico-surrénal), estime que cette conception repose surtout sur une affirmation de principe, car elle n'est pas appuyée sur des expériences précises et qu'il eût fallu d'autant plus multiplier que son auteur a prétendu établir une loi générale. Contrairement à l'affirmation de Selye, l'évolution de la résistance spécifique ne se fait pas suivant un type unique mais suivant des types multiples, différents de celui qui est considéré par Selye comme constant et universel. Ces divers types sont ici précisés.

En définitive, conclut M. Ph. Decourt, « *le syndrome général d'adaptation de Selye n'existe pas* ». Cette conclusion, formelle, s'appuie sur d'innombrables faits biologiques précis, tous établis et confirmés par des savants nombreux.

Quant au mécanisme cortico-surrénal mis en avant par Selye pour expliquer les accroissements ou les diminutions de la résistance spécifique, l'auteur rappelle qu'un mécanisme *non spécifique* ne peut expliquer un phénomène *spécifique*. On constate que les variations de la résistance spécifique sont la conséquence de mécanismes multiples parmi lesquels les facteurs tissulaires locaux ou cellulaires jouent, en général, le rôle primordial.

L. R.

Récents progrès dans la physiologie de la vision (Recientes adelantos en la fisiología de la visión), par H. HARTRIDGE (de Londres). (*Revista de Psicología general y aplicada*, Madrid, vol. 6, n° 18, 1951, p. 239-275).

L'auteur rappelle toute une série de travaux récents sur les problèmes de la vision, envisageant successivement : perception des couleurs, perception du jaune, cas assez rares de troubles de la vision chromatique, cécité chromatique et théories de la vision, rôle de la vitamine A, lumières colorées pour les signaux, altérations subjectives de la luminosité et de la couleur, méthodes d'enregistrement des mouvements oculaires, troubles de la réfraction dans l'œil, inégalité des images rétinienne et sa correction, irrigation sanguine de la fovea, pigment jaune de la macula, perception de la luminosité, effets de la lumière polarisée sur la vision, stimulation de la rétine par l'électricité et le magnétisme. La bibliographie des travaux cités termine l'article.

V.-J. DURAND.

La plasticité du système nerveux, son essence, son histoire et son utilisation en clinique, par W. RIESE (U.S.A.). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 69, 1952, p. 236).

M. W. Riese décrit la plasticité comme une propriété générale et fondamentale du système nerveux, qui exclurait toute spécificité ; il tente de la distinguer des processus de restitution, de compensation et de substitution. L'histoire

de ce principe rappelle quelques théories apparentées des anciens et surtout quelques conceptions de physiologie cérébrale des XIX^e et XX^e siècles sur la polyvalence des structures cérébrales ou leur unité fonctionnelle. M. Riese expose principalement les idées de Bethe, le fondateur de cet enseignement qui, issu de la physiologie expérimentale, souligne l'action réciproque des centres et de la périphérie et incite à réviser la conception habituelle des spécialisations fonctionnelles. Quelques exemples d'application du principe de la plasticité à la pathologie cérébrale des tumeurs terminent cet exposé.

H. BERSOT.

La lune, les saisons et l'homme (The moon, the seasons and man), par W. S. INMAN. (*The British Journal of medical Psychology*, 24, n° 4, 1951, p. 267-276).

Citant quelques observations personnelles, l'auteur étudie les relations possibles entre les cycles lunaires, les saisons, d'une part, et les réactions du psychisme humain, d'autre part.

V.-J. DURAND.

Etude à l'aide du réflexe conditionnel salivaire chez le chien, de dysfonctionnements nerveux supérieurs consécutifs à des agressions diverses : aspects techniques et physiologiques (projection d'un film), par MALMÉJAC et PLANE. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 15 janvier 1952).

Les auteurs montrent que l'on peut expérimentalement mettre en évidence la double action excitatrice, puis dépressive centrale supérieure du déficit en oxygène ; dans leur déclenchement et leur possibilité de succession interviennent des facteurs d'intensité et de durée des anoxies. La défaillance corticale se manifeste nettement chez le chien, alors que les centres réflexes bulbo-protubérantiels qui président à la réalisation du réflexe salivaire inné fonctionnent encore normalement. Cette sensibilité particulière du cortex a été attribuée à sa pauvreté en acétylcholine et en cholinestérase. Les auteurs soulignent l'intérêt que peut présenter le réflexe salivaire conditionnel pour l'étude des mécanismes des dérèglements nerveux supérieurs et pour préciser leurs formes.

L. R.

Les effets de quelques ganglioplégiques sur l'excitabilité nerveuse centrale et l'excitabilité viscérale, par M^{me} B. CHAUCHARD et M. P. CHAUCHARD. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 24 mai 1952).

Les ganglioplégiques du type diparcol ou 4560 R.P. ont sur les viscères un effet toujours de même sens que celui de l'adrénaline ; ils exercent un effet dépressur électif sur les centres mésentériques qui contraste avec leur pouvoir excitant sur l'écorce cérébrale. Par contre, le tétra-éthyl-ammonium augmente toujours les chronaxies viscérales, étant, suivant le viscère, tantôt adrénomimétique, tantôt adrénolytique ; son action dépressive centrale n'est pas élective.

L. R.

Recherches expérimentales sur un ganglioplégique de synthèse, par LÉON BINET, M. BURSTEIN et B. DAMOISEAU (de Paris). (*La Presse médicale*, 31 mai 1952).

Le 92-95, qui est un dérivé de la diéthylène triamine, paralyse à forte dose la transmission synaptique au niveau des ganglions végétatifs parasymphatiques et sympathiques. Il est dénué de toute activité excito-ganglionnaire, atropinique, muscarinique, curarisante, sympatholytique. Par contre, il renforce nettement l'action de l'adrénaline. Il s'agit d'une substance dite synaptolytique qui interrompt la transmission à la jonction ganglionnaire entre les fibres pré- et post-ganglionnaires, d'où suppression de la conduction de l'excitation dans le système nerveux végétatif.

L. R.

Résultats fournis par l'examen fractionné du liquide céphalo-rachidien en neuro-psychiatrie infantile, par LÉON MICHAUX et B. CHAUDERLOT. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 5 février 1952).

Etude de 60 observations. L'examen du liquide céphalique, dont on devra s'abstenir toutes les fois qu'on soupçonne une hypertension intracrânienne, est pratiqué dans trois circonstances : encéphalographie gazeuse, recherche de l'étiologie d'une manifestation cérébrale, pneumothérapie cérébrale. Dans l'épilepsie, l'hypercytose dépend du caractère récent des crises ; elle est conditionnée par le même facteur dans les encéphalopathies infantiles ; elle peut être un signe isolé dans la syphilis cérébrale et a pu indiquer la genèse organique de certains troubles du caractère attribués à des causes affectives ou sociales.

L. R.

Contribution à l'étude du pouvoir encéphalitogène latent des souches vaccinales, par PAUL NELIS, A. LAFONTAINE, H. MASSA, SUZANNE CLEEMPOEL et F. COMER (de Bruxelles). (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 19 décembre 1951).

Sur dix souches de vaccine examinées, toutes ont montré une possibilité de se transformer en souche encéphalitogène. Toutes ces souches provenant d'une même semence ont un pouvoir d'adaptation généralement semblable, mais elles se transforment plus ou moins rapidement ; cette mutation plus ou moins rapide cadre très bien avec la théorie des mutants E. et M. de Levaditi. En général, mais non toujours, le pouvoir dermonécrotique et hémorragique va de pair avec le caractère léthal et le précède.

L. R.

Sur un procédé de diagnostic biologique par mise en évidence du virus dans les formes méningées de la poliomyélite, par Louis-André MARTIN, Jeanne DELON, Jacques GRÉVIN, Lucien CATALA et Josette FÉLIX (de Casablanca). (*La Presse médicale*, 6 septembre 1952).

La sensibilité du lapin au virus poliomyélitique, établie en 1948 par G. Blanc et L.-A. Martin, permet d'utiliser cet animal pour la mise en évidence du virus dans les selles ou le sang de malades pour lesquels le diag-

nostic étiologique ne peut être précisé par la clinique seule, ce qui est le cas dans les formes méningées de la poliomyélite. Huit observations sont rapportées, dans lesquelles on a pu isoler un virus transmissible en série au lapin. La nature poliomyélitique de ces virus a été déterminée, soit par des épreuves d'immunité croisée vis-à-vis de virus connus entretenus au laboratoire, soit par action neutralisante après mélange *in vitro* d'un sérum anti-poliomyélitique.

L. R.

ENDOCRINOLOGIE

Alcoolisme et glandes endocrines, par Yonnel RAPAPORT. (*Etudes anti alcooliques*, 6^e année, n° 21, janvier-mars 1952, p. 189-199).

Malgré leur fréquence, les troubles endocriniens en rapport avec l'alcoolisme ne sont pas toujours suffisamment mis en valeur dans les travaux classiques. L'auteur décrit successivement les perturbations observées au niveau des diverses glandes à sécrétion interne, tant dans l'hérédico-alcoolisme que dans l'alcoolisme chronique de l'adulte. Admettant une prédisposition endocrinienne à l'éthylisme, dominée par un hypocorticisme constitutionnel, il envisage, après une phase transitoire d'hyperactivité, un stade d'altérations anatomiques et fonctionnelles. Un rapprochement peut être fait avec les conceptions de Selye sur le syndrome général d'adaptation. Quelques considérations sont faites sur l'emploi thérapeutique des hormones hypophysaires et cortico-surrénales. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'acrocyanose d'origine centrale, par Marcel FERRIER. (*Bull. de la Société française de phlébologie*, séance du 15 décembre 1951).

Deux observations sur un total de sept, concernant des malades opérés d'arachnoidite opto-chiasmatique et chez lesquels l'intervention portant au niveau des centres infundibulo-tubériens a fait disparaître de façon rapide et durable les phénomènes de cyanose périphérique en même temps que s'amendaient, de façon remarquable dans le premier cas et partielle dans le second, des troubles de réceptivité portant l'un sur la glande mammaire, les autres sur l'appareil génital.

L'étude détaillée permet dans ces deux cas : 1° de mettre en relief l'indépendance totale des phénomènes cyanotiques vis-à-vis de la régulation hormonale ; 2° d'affirmer au contraire leur complète subordination au contrôle exercé par les centres végétatifs du diencéphale ; 3° d'envisager à titre d'hypothèse que troubles de réceptivité et phénomènes cyanotiques relèvent les uns comme les autres d'un défaut de développement du réseau sympathique terminal, lequel, d'après les travaux de Goujard, constitue le substratum anatomique de la réceptivité hormonale.

Chez les myxœdémateux, toujours acro-cyanotiques, l'état des capillaires qui conservent une morphologie embryonnaire susceptible d'une évolution partielle sous l'influence de l'extrait thyroïdien, amène l'auteur à envisager

que cette lésion dystrophique reconnaisse comme l'agénésie thyroïdienne elle-même une origine commune : l'atteinte des centres infundibulo-tubériens, toujours présente dans le myxœdème. En faveur de cette opinion s'inscrivent les cas antérieurement rapportés de régénération glandulaire post-opératoire au cours de certains infantilismes. Cependant, malgré ces faits, l'intervention neuro-chirurgicale ne constitue, en aucune façon, un mode de traitement de l'acrocyanose isolée ; tout au plus pourrait-on l'envisager en dernier ressort au cours de certaines acrocyanoses malignes.

L. R.

Histamine et cortico-surrénale, par G. VALETTE et H. HUIDOBRO. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 8 mars 1952).

Les auteurs ont constaté que les taux en histaminase du sang et de l'intestin du rat s'élèvent notablement après ablation des surrénales et que l'administration de désoxycorticostérone ou de cortisone aux animaux surrénalectomisés ramène à la normale l'activité histaminolytique du sang et de l'intestin. Ils concluent de ces faits inattendus que l'augmentation de sensibilité à l'histamine qui se produit chez les animaux surrénalectomisés résulte de l'inhibition d'un processus d'inactivation de l'histamine différent de la destruction enzymatique.

L. R.

Une nouvelle méthode de dosage biologique des 11-oxystéroïdes urinaires par F. COSTE, F. DELBARRE et F. LAURENT (de Paris). (*La Presse médicale*, 9 avril 1952).

Technique originale de dosage des gluco-corticoïdes urinaires, qui utilise la chute des éosinophiles circulants du rat surrénalectomisé sous l'influence des 11-oxystéroïdes. Fidélité de la méthode démontrée par la relation linéaire qui existe entre le logarithme des doses injectées et la réponse éosinopénique. Précision et sensibilité grandes, à condition que soient éliminés les animaux réagissant au « stress » non spécifique et que la dose injectée se trouve comprise dans la portion initiale de la courbe (0 et 10 gammas). Spécificité qui paraît certaine, car seuls les 11-oxystéroïdes corticostéroniques sont capables d'entraîner une éosinopénie significative. Réalisation pratique, qui ne requiert aucun appareillage particulier. La même série d'animaux peut être utilisée pour plusieurs dosages. Il est possible, lorsqu'on soupçonne une lente excrétion des biocorticoïdes, d'injecter directement aux animaux les urines à analyser.

Chez les sujets normaux, l'excrétion urinaire est comprise entre 0,2 et 0 mgr. 8 de biocorticoïdes par litre en équivalent d'acétate de cortisone. Chez les malades traités par la cortisone, l'excrétion des biocorticoïdes est beaucoup plus élevée, et du même ordre que dans les états d'hyperfonctionnement surrénal. Au cours de la grossesse, existe également une élimination accrue, toujours supérieure à 4 mgr. par litre d'urine.

L. R.

Le comportement de l'élimination urinaire des 17-cétostéroïdes chez les malades mentaux traités par les thérapeutiques convulsivantes. (Il comportamento della eliminazione urinaria dei 17 chetosteroidi negli ammalati di mente curati con terapie convulsivanti), par Piero DOGLIANI et Luisa CAMPI (de Verceil) (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 2, mars-avril 1952, p. 193-208).

Les thérapeutiques de choc utilisées chez 27 malades comprenaient : électro-choc, chlorure d'ammonium, acétylcholine, cardiazol. Dans l'ensemble, il y a stabilisation des valeurs antérieurement anormales des 17-cétostéroïdes urinaires, au cours des psychoses affectives et des syndromes confusionnels en voie de régression. Par contre, il n'y a pas de parallélisme dans les formes schizophréniques entre amélioration et normalisation du taux d'élimination.

V.-J. DURAND.

Troubles nerveux et acétate de désoxycorticostérone. Curieux syndrome algo-paralytique au cours d'une maladie d'Addison, par D. DENÉCHAU (d'Angers). (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 11 janvier 1952).

Observation d'un « syndrome algo-paralytique extrêmement douloureux, au cours d'un traitement par la désoxycorticostérone, d'une maladie bronzée d'Addison caractérisée », suivie pendant près de 2 ans 1/2. Douleurs articulaires et plus encore abarticulaires, partant de la colonne lombaire et du bassin et filant dans toute la longueur des membres inférieurs ; s'accompagnant de rétraction de ces derniers, intermittente d'abord au cours des paroxysmes, pour aboutir à une paraplégie en flexion permanente, sans exagération des réflexes tendineux, sans extension de l'orteil, sans anomalie du liquide céphalo-rachidien et sans blocage au Queckenstedt-Stookey. Ses relations avec l'hormone semblent incontestables. Un traitement *in extremis* par injections de « K » a paru amener une amélioration.

L'auteur en rapproche un cas présenté antérieurement par lui, de « tremblement au repos et plus encore intentionnel, au cours d'un traitement par la testostérone, disparaissant avec lui », et incrimine dans les deux cas une atteinte légère et réductible des centres nerveux, mésocéphalique et cérébelleuse pour l'un, médullaire et sympathique pour l'autre, sujet de cette présentation. Ce serait là une complication encore peu signalée de ces cures hormonales.

L. R.

Obésité hypothalamique après intervention chirurgicale hypophysaire, par J. WEILL et M^{me} J. BERNFELD. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 23 mai 1952).

Jeune garçon qui, opéré trois ans plus tôt d'un épithélioma hypophysaire, a rapidement développé une obésité. Le retard morphologique préexistant à l'intervention s'est accru, un bilan glandulaire complet a montré des fonctions somatotropes et thyroïdiques normales, une cortico-stimuline un peu

abaissée, les gonadostimulines et l'hormone antidiurétique à un faible taux. La prise de poids rapide ne peut donc être rapportée à un hyperfonctionnement surrénal, ni à une simple suralimentation. Cette obésité, qui s'accompagne d'autres signes de perturbation hypothalamique apparus avec elle, est attribuable au traumatisme chirurgical de cette région.

L. R.

Recherches expérimentales et cliniques avec des extraits d'hypothalamus (Experimentelle und Klinische untersuchungen mit hypothalamus-extracaten), par J. Alves GARCIA et Adriano Cruz FERREIRA (de Rio de Janeiro). (*Acta neurovegetativa*, Vienne, T me 2, n° 1-2, 1951, p. 75-83).

On tend depuis quelques années à admettre une activité sécrétoire du diencéphale et particulièrement des noyaux de l'hypothalamus. Les auteurs rappellent leurs travaux sur l'injection d'un extrait salin d'hypothalamus avec actions sur le sommeil, le métabolisme des sucres, des lipides, du sodium et du potassium plasmatiques. Ils ont reconnu l'existence d'une fraction génitotrophique, différente de l'hormone hypophysaire gonadotrophique. On peut appeler neurotrophine les fractions de l'extrait d'hypothalamus agissant sur l'organisme. Sur des rats ayant des lésions expérimentales de l'hypothalamus et de l'hypophyse, l'injection d'extrait hypothalamique amena une nette oligurie. Celle-ci a été vérifiée dans deux cas de diabète insipide. Ces recherches sont en faveur du rôle de la neurocrinie hypothalamique. Bibliographie.

V.-J. DURAND

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

A propos de la lutte contre l'alcoolisme, par H. ROUVILLOIS. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 8 décembre 1953).

M. H. ROUVILLOIS propose à l'Académie d'adopter le *vœu* suivant :

« L'Académie nationale de médecine constatant : que le vœu formulé par elle dans sa séance du 30 juin 1953 n'a pratiquement reçu aucune audience » de la part des Pouvoirs publics ; qu'au contraire, certaines mesures regrettables ont été prises dans le domaine de la fixation du degré alcoolique » minimum obligatoire du vin et du cidre ; qu'une publicité abusive en faveur de la consommation du vin est effectuée depuis quelques mois par le truchement d'un service de l'Etat ; émet le vœu que le Parlement et les Pouvoirs publics prennent enfin conscience de leurs responsabilités » dans le développement accéléré de l'alcoolisme, que le Gouvernement prenne sans tarder les mesures nécessaires pour mettre fin à une propagande qui constitue aux yeux de tous ceux qui sont conscients du danger, à la fois un paradoxe et un scandale. »

M. PASTEUR VALLERY-RADOT s'associe à la protestation de M. Rouvillois contre l'usage abusif que l'on fait d'une phrase de Pasteur, dont on dénature complètement la pensée, en séparant indûment cette phrase de son contexte.

Ces conclusions sont adoptées.

L. R.

Synthèse des assises départementales sur la clinique régionale de l'alcoolisme, par Henry et Guy GODLEWSKI. (*Les Assises de médecine*, 10^e année, n° 3, mai 1952, p. 101-137).

Les auteurs groupent les rapports et les communications présentés aux assises départementales sur le problème de l'alcoolisme. Sont envisagés successivement : les agents toxiques (vin, cidre et eau-de-vie, apéritifs), la fréquence de l'alcoolisme, les localisations organiques et leur traitement (cirrhoses, psychoses, sont au premier plan), la thérapeutique curative de l'alcoolisme, en particulier les méthodes récentes, les problèmes médico-légaux, la prophylaxie. La confrontation des opinions exprimées par les différents auteurs se montre pleine d'enseignements.

V.-J. DURAND.

A propos de l'origine des malformations congénitales, par Paul GIRAUD (de Marseille). (*La Presse médicale*, 16 août 1952).

Le problème de la débilité congénitale globale et des malformations organiques se pose très fréquemment à l'heure actuelle et les solutions proposées pour expliquer ces accidents ne peuvent s'appliquer qu'à une minorité de cas. Les embryopathies, les carences pendant la grossesse, l'hérédité mendélienne, même récessive, ne donnent une explication satisfaisante que dans deux cas sur dix environ. Le plus souvent, les deux procréateurs paraissent normaux et exempts de tares transmissibles, alors que l'enfant est débile ou malformé.

Il semble que la *dégénérescence germinale* chez des individus en apparence sains, sous l'influence de causes infectieuses ou toxiques, ou d'erreurs d'hygiène, soit une cause importante d'amoindrissement du potentiel vital du produit de conception. Ces causes ayant une action d'autant plus efficace qu'elles agissent aux environs de la puberté. Toutes les directives concernant l'éducation et les soins à donner aux enfants et aux adolescents sont peut-être à reprendre en tenant compte de cette fonction sociale de reproduction.

L. R.

Considérations sur le problème droite-gauche (Überlegungen zum Rechts-Links problem), par W. KNOLL. (*Gesundheit und Wohlfart, revue suisse d'hygiène*, novembre 1951, p. 528-542).

Après quelques rappels de la question de l'asymétrie et de la symétrie en biologie, l'auteur étudie plus spécialement le problème des droitiers et des gauchers. La prévalence d'une main et d'une jambe est un signe caractéristique de la personnalité, permanent pendant toute la vie, sauf en cas de contraintes extérieures. Aucune éducation correctrice ne peut changer la sénestralité génotypique. Chez les sujets examinés en Suisse, il y a 8 % de gauchers parmi les hommes et 2 % chez les femmes. Il ne faut rééduquer que pour l'écriture. La sénestralité est l'expression de variations naturelles et non un phénomène morbide. Il faut laisser au gaucher la possibilité de s'épanouir.

V.-J. DURAND.

Sur la question de la prophylaxie du suicide par l'éducation. (Zür Frage der Selbstmordprophylaxe durch Unterricht), par Gustav DORRALIES. (*Gesundheit und Wohlfahrt, revue suisse d'hygiène*, novembre 1951, p. 515-528).

Le problème est examiné au point de vue de la psychiatrie militaire. Un enseignement pour la prophylaxie du suicide peut être envisagé, s'adressant, d'une part aux « candidats au suicide »; et d'autre part aux « paratenaires ». Dans le premier cas, la prophylaxie est directe; elle est indirecte dans le second. Les éléments symptomatiques de la tendance au suicide sont décrits aux auditeurs. Dans la prophylaxie, l'influence des camarades joue un rôle prépondérant. La prophylaxie des moyens de suicide ne peut être que secondaire, surtout chez les militaires, possesseurs d'armes.

V.-J. DURAND.

Enquêtes sur les tentatives de suicide, par E. STENGEL. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine : Section of Psychiatry*, vol. 45, n° 4, septembre 1952, p. 613).

Les tentatives de suicide permettent une étude plus profonde du problème du suicide que les suicides eux-mêmes. A Londres, durant les années 1936 à 1950, la courbe des suicides et celle des tentatives de suicide se rapprochent. Elles marquent une augmentation pour les hommes de 65 à 74 ans et pour les femmes de 35 à 44 ans. L'usage des toxiques, en particulier des barbituriques, a pris une progression alarmante après la dernière guerre pour atteindre son maximum de 1948 à 1950. On admet que le nombre des tentatives de suicide est six à sept fois plus grand que celui des suicides.

L'étude de l'auteur porte sur 138 sujets : 74 hommes et 64 femmes admis à l'hôpital pour tentative de suicide ; 72 étaient atteints de psychoses. Dans 9 % des cas, on note comme cause une maladie physique ; 22 % des sujets vivaient seuls ; un quart prenait des médicaments. Parmi ces 138 sujets, 6 étaient des alcooliques et 22 avaient fait déjà antérieurement une tentative de suicide ; certains ont accompli leur tentative en prenant la précaution d'être secourus rapidement. Du point de vue biologique, la tentative de suicide est une réaction catastrophique à une situation intolérable, sociale et émotionnelle. Les effets des tentatives de suicide vis-à-vis des rapports humains sont multiples. Si le sujet est hospitalisé, il perd sa position sociale ; pour sa famille, il est un mort revenu à la vie. La tentative de suicide peut être la première manifestation d'une maladie mentale ; elle constitue alors un accident important qui peut être qualifié d'« heureux ».

Il serait intéressant d'étudier les tentatives de suicide dans les sociétés dans lesquelles la vie n'a pas une valeur aussi haute que dans la nôtre. Pendant la période des guerres, les tentatives sont bien moins fréquentes.

L. MARCHAND.

Le suicide dans ses rapports avec la saison, l'heure du jour et le jour de la semaine. (Der Selbstmord in Beziehung zu Jahreszeit, Tagesstunde und Wochentag), par Rudolf GRAF (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, mars 1952, p. 15-24).

Se fondant sur un matériel statistique très important, l'auteur étudie les relations du suicide, d'abord avec la saison (36.048 cas) (augmentation de

janvier à mai, minimum en octobre, légère hausse en novembre), ensuite avec les heures de la journée (219 cas) (maximum de 17 à 19 heures, petite augmentation de 11 à 13 heures), enfin avec le jour de la semaine (3.200 cas). Il est alors nécessaire de distinguer la cause du suicide, la prédisposition pour un jour donné étant variable, le sexe intervenant également. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'organisation des services d'hygiène neuro-mentale. Réalisations et résultats obtenus dans la province de Varèse, par le professeur M. FIAMBERTI et G. CINTI de (Varèse). (*Revue suisse d'hygiène*, fasc. 2, 1952, p. 116-119).

Le développement des dispensaires d'hygiène mentale constitue un utile progrès. Créé en 1939, dans la province de Varese, en même temps que l'hôpital psychiatrique, le service de consultations externes a rapidement montré sa valeur, permettant diagnostics précoces et traitements ambulatoires tels que l'acétylcholinothérapie ou facilitant le placement à l'hôpital.

V.-J. DURAND.

ASSISTANCE

L'association suisse d'aide en faveur des épileptiques (Der schweizerische Hilfsverband für Epileptische), par W. HUNZIKER. (*Pro infirmis*, Zürich, 1951-1952, n° 11, p. 325-327)

Fondée en 1931 à Zürich, l'association suisse d'aide aux épileptiques a pour but la lutte contre les causes et les troubles du mal comitial et l'assistance aux malades. On peut évaluer à 20.000 environ le nombre de Suisses atteints d'épilepsie. Une partie seulement est hospitalisée. Les récents développements des méthodes thérapeutiques ont simplifié la tâche de l'association.

V.-J. DURAND.

THERAPEUTIQUE

Le dessin des images intérieures en psychothérapie, par le Dr Jean VINCHON. (*Æsculape*, janvier 1954).

Après le rappel d'un chapitre dans lequel Jung (1) traite de l'emploi du dessin et de la peinture comme facteur de l'auto-évolution de l'être, M. Jean Vinchon rapporte, avec la reproduction de très nombreux dessins « nés du premier jet du pinceau, de la plume ou du crayon sur le papier, d'une inspiration comparable à une impulsion », les intéressantes observations de deux artistes, jeune femme de 26 ans et homme de 60 ans. Commentant les dessins des deux malades, l'évolution et les résultats du traitement psychothérapique, il aboutit aux conclusions suivantes.

(1) C.-G. JUNG. — La guérison psychologique. Préface et adaptation du Dr Roland Cahen (Analyse in *Annales médico-psychologiques*, octobre 1953, pages 417 à 420).

« L'utilisation des images intérieures, quand elle est possible, simplifie la psychothérapie tout en la complétant. Elle réduit le nombre des séances en prolongeant l'action du médecin. Elle augmente la compréhension réciproque entre le médecin et le malade au cours de l'interprétation en commun des dessins. Elle apporte des éléments de pronostic en mettant en valeur le passage de l'introversion à l'extratension et l'unification des images intérieures et extérieures. Elle clarifie la symbolique et la rend plus facile à interpréter, surtout dans les dessins humoristiques. Elle met en train une activité qui devient vite efficace. Cette forme de psychothérapie peut être employée, en dehors des artistes, chez des sujets dont les dons et le mode de résonance intime le permettent. Elle facilite plus que tout autre la sublimation et le retour à l'activité. Le médecin tirera son bénéfice de ce travail partagé avec son malade. Il apprendra à assouplir sa technique suivant la diversité des sujets et à mieux s'adapter à eux pour les aider à mieux s'adapter à la vie. »

R. C.

La psychochirurgie dans ses aspects scientifico-pratique, moral et juridique (La psicochirurgia nei suoi aspetti scientifico-pratico, morale e giuridico), par Tommaso SENISE (de Naples). (*Il Cervello*, 28^e année, n° 1, 15 janvier 1952, p. 55-80).

L'auteur fait une vive critique des diverses méthodes psycho-chirurgicales et conclut après une discussion sur les aspects scientifique et technique, moral et juridique : « La psychochirurgie, et, spécialement, la leucotomie, consistant en une mutilation grossière du cerveau des malades mentaux, non nécessaire et injustifiée, incongrue et inadéquate, représente l'aspect brutal, « barbare » de la psychiatrie actuelle. Ses caractéristiques sont l'irrationalité et l'amoralité. » Il reproche à ces opérations de « transformer un dément hypothétique en un dément réel, un dément fonctionnel en un dément organique, un dément temporaire en un dément permanent ». Il incrimine le danger de ces procédés, dont il refuse d'admettre l'emploi. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Bases du traitement de l'épilepsie non tumorale par l'excision corticale, par D. PETIT-DUTAILLIS, H. FISCHGOLD, B. PERTUISSET et G.-C. LAIRY-BOUNES (de Paris). (*La Presse médicale*, 17 octobre 1951).

Dans cet important travail du « Centre de traitement et d'étude de l'épilepsie » de l'hôpital de la Pitié, les auteurs exposent les principes généraux dont ils s'inspirent pour le traitement de l'épilepsie non tumorale par l'excision corticale. Ils exposent et discutent successivement les critères de localisation, critères cliniques, critères radiologiques (radiographie standard du crâne, encéphalographie gazeuse, angiographie cérébrale), critères électro-encéphalographiques (technique, règles d'examen, description et interprétation des anomalies localisées), repérage per-opératoire de l'aire épileptogène (corticographie et stimulation), ainsi que les principes généraux qui régissent l'intervention pour la rendre le moins possible traumatisante, et les critères d'opérabilité, qu'il s'agisse dans certains cas d'une craniotomie exploratrice pour inspection macroscopique du cerveau avec ou sans biopsie, qu'il s'agisse le plus souvent de l'excérèse d'une aire épileptogène.

R. C.

Epilepsie et lobotomie préfrontale, par FEUILLET, COLLIN, M. et R. THIÉBAUX (de Nancy). (*Archives internationales de neurologie*, 70^e année, n° 4, avril 1951, p. 62-71).

Les auteurs envisagent les rapports de la lobotomie préfrontale et de l'épilepsie sous deux aspects : épilepsie post-opératoire et action de l'intervention dans les états comitiaux. La fréquence des crises convulsives après l'intervention varie suivant les statistiques : sur 150 lobotomies faites à Nancy, elle a été de 7,3 %. Les auteurs comparent leurs observations aux données de la littérature, montrant le bon pronostic de telles convulsions.

Quant à l'action de l'opération sur les manifestations comitiales, si les crises elles-mêmes sont assez rarement influencées, les troubles mentaux épileptiques peuvent être améliorés. Certains points demeurent encore obscurs dans les relations de l'épilepsie et de la psycho-chirurgie. Une étude plus étendue permettra peut-être de les éclairer. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La physiopathologie du lobe orbitaire dans son rapport avec la leucotomie, par Spartaco VIZZOTTO et Aloysio de MATTOS PIMENTA. (*Arquivos do departamento de Assistencia a psicopatas do Estado de São-Paulo*, vol. XVI, janvier-décembre 1951, p. 41-49).

La description la plus complète de la physiopathologie du lobe orbitaire est due à Kleist, dont les conceptions se montrent toujours de plus en plus confirmées par les travaux neuro-physiologiques, la neuro-chirurgie et les résultats de la leucotomie. On doit distinguer des symptômes propres avec impulsions vers le monde extérieur et transformations morales et des manifestations seulement indirectes. On peut citer parmi ces dernières les sensations d'absence de viscères, les perceptions intéroceptives morbides à rapporter au cingulum, l'élaboration délirante des stimuli intéroceptifs, liée au lobe pariétal. De telles observations sont en faveur des leucotomies sélectives suivant les symptômes prédominants.

V.-J. DURAND.

Effets thérapeutiques des lobotomies (L'opération de la leucotomie et l'activité créatrice en peinture), par E CUNNINGHAM DAX (de Coulson, Angleterre). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 1, n° 11, 1951).

L'auteur recherche la capacité intellectuelle des malades lobotomisés par la méthode sélective, choisissant l'étude des tableaux peints par les opérés comme test de la personnalité créatrice. Certains changements peuvent être observés après l'intervention : modifications de technique, de perspective, de coloration. Leur durée est variable. L'auteur pense que l'étude des productions artistiques renseignerait mieux sur les fonctions des lobes frontaux que les tests psychométriques.

V.-J. DURAND.

Recherches radiographiques en rapport avec la leucotomie préfrontale transorbitaire, par A.-M. FIAMBERTI (*Confinia neurologica*, vol. 11, fasc. 5, 1951, p. 309-314).

L'auteur décrit la technique de l'examen radiographique, avec incidences particulières, des malades soumis à la leucotomie transorbitaire. Faite dans

cent cas, la radiographie a contre-indiqué l'intervention quatre fois : deux sinusites frontales chroniques, une hyperostose frontale interne avec sinus très développés, une maladie de Paget. Parmi les autres contre-indications qui pourraient se présenter, l'auteur cite : cellules ethmoïdales aberrantes enflammées, graves déformations du toit, ostéome du plafond orbitaire, tumeurs intra-orbitaires. L'examen radiologique pré-opératoire permet de rendre encore plus rares les incidents au moment de l'intervention.

V.-J. DURAND.

La méthode transorbitaire de la leucotomie préfrontale, par A.-M. FIAMBERTI (de Varese). (*L'encéphale*, 1952, n° 1).

Nouvel exposé, avec sept figures, de la technique imaginée en 1937 par M. A.-M. Fiamberti pour atteindre le lobe préfrontal par la mince paroi osseuse de la voûte orbitaire avec un leucotome terminé par une lame tranchante. L'auteur insiste sur le fait que cette méthode, bien que d'une extrême simplicité, respecte de façon absolue les règles de l'asepsie et de la technique neuro-chirurgicale. Il en résume les indications, souligne qu'elle « est, en pratique, dépourvue de danger », qu'elle a des suites opératoires courtes et favorables et « connaît déjà des résultats remarquables ».

R. C.

Leucotomie transorbitaire (Transorbital leukotomy) par Matthew T. MOORE (de Philadelphie). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 1 n° 11, 1951).

L'auteur fait un historique de la leucotomie transorbitaire, puis rapporte les résultats de son expérience sur 318 malades. La technique personnelle est soigneusement décrite et illustrée de photographies. Les complications possibles, les avantages de la méthode sont envisagés, montrant l'intérêt de ce procédé. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Ablation du cortex anormal dans la paralysie cérébrale infantile, par Wilder PENFIELD. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 15, n° 2, mai 1952, p. 73).

L'hémisphérectomie a été proposée comme une méthode de traitement de l'hémiplégie infantile. L'auteur admet la thèse que le cortex anormal exerce une influence nocive sur le reste du cerveau. Il expose ses recherches concernant l'épilepsie, le retard mental et la spasticité.

L'épilepsie a fait l'objet de trois mémoires que l'auteur résume ainsi. Dans un premier rapport portant sur 115 cas opérés, 43 % ne présentèrent plus de crises épileptiques ; dans un deuxième travail comprenant 59 cas opérés, 55 % furent guéris ; dans une troisième série comprenant 60 cas, le même pourcentage de succès fut obtenu.

Chez les sujets qui ne présentent plus de crises après l'excision corticale lésée, on note souvent une amélioration marquée de la capacité mentale et du comportement. Chez ceux qui sont atteints d'un retard mental progressif,

l'ablation corticale peut être suivie d'un bon résultat si la dégradation intellectuelle n'est pas trop importante. C'est pourquoi il faut intervenir peu de temps après le début du déficit mental.

On peut aussi, par l'excitation corticale, réduire la spasticité des hémiplésies infantiles sévères sans augmenter le déficit moteur.

L'auteur ne conseille pas une hémisphérectomie totale, mais une hémisphérectomie subtotala et l'ablation de tout le cortex altéré, qui a une action nocive sur l'hémisphère sain.

L. MARCHAND.

Le traitement des douleurs irréductibles par la chirurgie cérébro-spinale par J.-A. CHAVANY et D. HAGENMÜLLER. (*Le monde médical*, n° 970, juillet-août 1951, p. 310-316).

Les opérations neuro-chirurgicales proposées pour le traitement des douleurs irréductibles sont nombreuses. Les auteurs les passent en revue, rappelant les indications, les avantages et les dangers de chacune. Ils étudient successivement la névrotomie, la radicotomie postérieure, la tractotomie bulbo-spinale de Sjöquist, la cordotomie médullaire dorsale et la cordotomie cervicale haute, la myélotomie commissurale, la thalamotomie, les cortectomies pariétales, enfin les diverses méthodes psycho-chirurgicales : leucomyotomie bilatérale ou unilatérale, topectomies et sections sous-corticales de Scoville. Le choix de la technique à employer dans un cas déterminé est souvent difficile. « Pour éviter des mécomptes ultérieurs, un bilan psychique pré-opératoire est aussi nécessaire qu'un bilan neurologique et général. »

V.-J. DURAND.

Observations sur l'ablation du gyrus post-central contre les douleurs, par W. LEWIN et C.-G. PHILLIPS. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 15, n° 3, août 1952, p. 143).

Rapport sur trois cas dans lesquels une résection partielle du gyrus post-central a été tentée en vue du soulagement des douleurs. Dans le premier cas, il s'agit d'un sujet atteint d'épilepsie traumatique qui souffrait d'une aura sensitive violente et prolongée ; le deuxième sujet était atteint d'une algie irréductible du membre fantôme (pied), le troisième d'un moignon douloureux de la cuisse. Dans les trois cas, la stimulation électrique de l'aire correspondante du gyrus post-central a reproduit la douleur dont se plaignaient les malades ; l'ablation de cette zone du cortex a été suivie de la suppression de la douleur sans déficit moteur ou sensitif, sans modification de la personnalité.

L. MARCHAND.

La hernie discale : ses localisations, ses voies d'abord, par R. ROUSSEAU, R. MIDON, Fr. LEPOIRE et JEAN-GEORGES. (*Bull. de la Société de médecine de Nancy*, séance du 12 décembre 1951).

Etude d'une série de 251 cas de sciatiques traitées chirurgicalement. Les auteurs insistent sur les différentes topographies de la hernie discale par rapport aux lames et au massif articulaire. Dans ces observations, la hernie

est latérale, sous-ligamentaire et d'extraction facile dans 105 cas ; très latérale dans 28 cas, dans l'aisselle de la racine dans 9 cas, médiane dans 11 cas, sous une lame dans 9 cas. Ces diverses situations expliquent l'insuffisance fréquente de la voie étroite et, du point de vue technique, les auteurs préconisent une voie suffisamment large pour faire une exploration minutieuse. La radicotomie est faite rarement en complément de l'extraction de la hernie discale. La radicotomie seule est pratiquée en cas de syndrome radiculaire très net, sans hernie discale. La greffe complémentaire n'est pas faite systématiquement.

L. R.

La traction vertébrale, par Jean LEVERNIEUX (de Paris). (*Médecine et hygiène*, Genève, 25 février 1952).

De 20.000 tractions pratiquées avec la table de traction établie selon ses indications, M. Jean Levernieux conclut que la traction vertébrale, pour agrandir l'espace intervertébral, doit être exercée avec une force suffisante pour lutter contre l'élasticité des tissus disco-ligamentaires et appliquée sur un segment vertébral limité.

Sans danger, cette traction, qui doit cependant être médicalement surveillée, s'applique aux algies relevant de la pathologie discale. Les résultats les plus brillants sont obtenus dans les algies cervico-brachiales mais de nombreux succès sont également obtenus dans les sciatiques d'origine discale.

Dans les lombalgies, dorsalgies, cervicalgies, les résultats les plus favorables sont obtenus si l'origine discale en est radiologiquement démontrée.

R. C.

A propos du traitement de la coccygodynie essentielle par la rugination du sacrum, par ARNULF. (*Bull. de l'Académie de chirurgie*, séance du 19 mars 1952).

Deux observations de coccygodynie essentielle ayant résisté aux différents traitements médicaux et qui furent guéries, très simplement, par ruginage de la face postérieure du sacrum.

L. R.

Étude de treize cas de myasthénie d'Erb-Goldflam traités par l'énervation sinu-carotidienne, par A. THÉVENARD, L. LEGER et M^{lle} J.-M. MARQUÈS (de Paris). (*La Presse médicale*, 25 juin 1952).

De cette étude, les auteurs concluent que la myasthénie (maladie d'Erb-Goldflam) peut être traitée utilement par l'énervation sinu-carotidienne, unilatérale dans un premier temps, puis complétée un mois plus tard environ par la même intervention de l'autre côté. L'étude des résultats de cette intervention est basée sur l'analyse de 13 observations personnelles comprenant dix myasthénies bulbo-spinales typiques et trois cas à forme ophtalmoplégique pure. Une évolution post-opératoire favorable a été observée huit fois

sur treize (61,5 %) ; cinq échecs ont été enregistrés ; aucun accident mortel ne s'est produit.

L'indication de l'opération n'est nullement systématique et doit être discutée en tenant compte de l'âge du malade, de la forme clinique de la maladie, de l'existence ou de l'absence d'une tumeur endo-thoracique. Cette intervention ne doit en aucun cas être considérée comme anodine ; elle nécessite non seulement l'observance d'une technique exacte mais encore une préparation thérapeutique minutieuse et une étroite surveillance post-opératoire.

L. R.

A propos du traitement chirurgical de la myasthénie grave, par L. LÉGER. (*Bull. de l'Académie de chirurgie*, séance du 28 novembre 1951).

Observation d'une malade atteinte de myasthénie grave guérie par énervation sinu-carotidienne. Simultanément à cette guérison s'est développé un thymome malin dont l'ablation s'est terminée par un décès. Neuf autres myasthénies graves furent traitées par énervation sinu-carotidienne avec une guérison complète, deux guérisons à peu près complètes, trois améliorations et trois échecs.

R. C.

Quelques questions au sujet d'un essai de traitement d'une myasthénie bulbo-spinale d'Erb-Godflam par la prégnélome, par DEBROUSSE. (*Bull. de la Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 15 mars 1952).

Améliorations considérables obtenues en cinq jours des symptômes oculaires et de la fatigabilité par la prise régulière de trois comprimés de 100 mgr. par jour, de prévisone. Au 14^e jour, le traitement fut suspendu et cinq à six jours après, le sujet avait repris son aspect antérieur.

L. R.

Le traitement du petit mal par le diméthylloxazolidimédione (Paré-dione), par J. LEREBoullet, R. PLUVINAGE et R. DELARUE. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 25 avril 1952).

Les auteurs ont essayé chez dix malades cette médication anti-épileptique, nouvelle venue en France et qui, comme le triméthadione, est spécifique du petit mal. Elle a sur le triméthadione le gros avantage d'une beaucoup meilleure tolérance. Dans des cas relativement sévères avec nombreuses absences quotidiennes, ils ont obtenu d'excellents résultats avec suppression totale des absences dans sept cas ; très importante diminution dans deux cas ; un seul échec. La tolérance sanguine s'est toujours montrée satisfaisante, sauf dans un cas, où la dose dut être réduite. Néanmoins, les auteurs considèrent que la médication doit être maniée avec prudence et nécessite un contrôle hématologique et électro-encéphalographique régulier.

L. R.

De l'intoxication bromurée, par S. J. TILLIM. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 3, septembre 1952, p. 196).

Les restrictions concernant la vente des barbituriques ont eu comme effet d'augmenter l'emploi des bromures. Cependant, l'intoxication bromurée est peu fréquente ; les statistiques concernant les cas de bromisme sont de 3 à 4 % parmi les admissions des hôpitaux psychiatriques en Angleterre. Le diagnostic avec la pellagre, l'alcoolisme chronique, la psychose de Korsakoff peut présenter des difficultés. L'intoxication chronique est plus fréquente que l'intoxication aiguë, qui peut entraîner la mort. L'intoxication chronique s'observe surtout chez les sujets atteints de maladies mentales. Le bromisme peut aggraver l'affection pour laquelle on le prescrit. Les bromures sont des irritants pour l'appareil gastro-intestinal, les systèmes respiratoire et glandulaire, le revêtement cutané. Certains sujets sont plus prédisposés que d'autres à l'intoxication bromurée.

L. MARCHAND.

Un traitement spécifique de la dystonie neurovégétative, par FR. CERULLI. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 10, avril 1952, p. 779).

Les maladies fonctionnelles ou psychosomatiques sont probablement le résultat de l'accumulation de toutes les épreuves et difficultés que le sujet a eu à subir durant sa vie. Dans le traitement de ces malades, le bellergal a fait ses preuves comme un excellent adjuvant de la psychothérapie.

L. MARCHAND.

3 cas de névralgie faciale traités par les ultrasons, par VERSPICK et B. TRUCHOT. (*Bull. de la Société française d'électro-radiologie médicale de Paris* séance du 18 mars 1952).

Les auteurs présentent trois observations de névralgie faciale dans lesquelles l'ultra-sonothérapie a supprimé les douleurs. Ils notent que les ultrasons ont donné des résultats dans cette affection, où jusqu'ici la plupart des thérapeutiques avaient échoué. Ils continuent le même traitement dans deux nouveaux cas et les résultats semblent analogues. Le recul n'est cependant pas suffisant pour pouvoir l'affirmer.

L. R.

Deux cas de vertige, type Ménière, guéris par implantations d'amnios, par LIEUX, H. MASSON et MICHALLET. (*Bull. de la Société de médecine militaire française*, séance du 14 février 1952).

A propos de deux observations de malades de 62 et 45 ans, déjà traités sans succès par d'autres tissulothérapies (peau et placenta) et guéris par cette méthode, les auteurs décrivent les avantages des implantations d'amnios (facilité de mise en place et tissu jeune), préviennent, par l'exposé chronologique des faits, l'objection que de telles crises vertigineuses guérissent parfois spontanément et évoquent le mode d'action de la tissulothérapie en de telles circonstances.

L. R.

Névrxite aiguë avec hémisindrome du tronc cérébral. Evolution favorable sous traitements hormonal (A.C.T.H.) et antibiotique (terramycine) combinés, par M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING et J. MINVIELLE. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 25 janvier 1952).

Observation d'un adulte chez lequel s'est installée en quelques heures une névrxite aiguë grave caractérisée surtout par un syndrome du ruban de Reil latéral, des signes nucléaires avec ptosis, paralysie faciale et vomissements sanglants, un syndrome de Claude Bernard-Horner stigmatisant l'atteinte élective de la moitié gauche du tronc cérébral; à noter une hémisudation faciale droite (entrecroisement probable des voies de la vasomotricité). Plus frustes étaient les signes médullaires: accès de hoquet, parésie des mains, monoparésie crurale. Guérison laissant seulement à titre de séquelles une hémianesthésie droite à tous les modes, une parésie faciale et une hypoacousie gauches.

L. R.

Premiers résultats thérapeutiques obtenus avec le sérum cytotoxique antiréticulaire dans la schizophrénie et dans les psychoses préséniles (Primi risultati terapeutici ottenuti col siero citotossico antireticolare nella schizofrenia e nelle psicosi presenili), par Piero DOGLIANI et Luisa CAMPI (de Verceil). (*Rassegna di studi psichiatrici*, Vol. 41, fasc. 2, mars-avril 1952, p. 217-228).

Chez cinq schizophrènes au début et chez cinq malades atteints de psychoses préséniles, les auteurs ont obtenu, par l'emploi du sérum cytotoxique antiréticulaire, de bons résultats en cas de schizophrénie (particulièrement sur le comportement), et une action moins nette dans les autres cas. Il n'a pas été noté de variations sensibles de la glycémie et de la cholestérolémie. Mais, on put observer une amélioration de la circulation sanguine, avec augmentation du nombre des globules rouges et blancs.

V.-J. DURAND.

Les encéphalopathies au cours de la streptomycinothérapie, par DESPIERRES (de Lyon). (*Bull. de la Société française de la tuberculose*, séance du 8 mars 1952).

Observations de quatre encéphalopathies, où le traitement streptomycinique semble avoir joué un rôle déclenchant certain. Dans deux cas, il ne s'agissait que de troubles caractériels relativement minimes, mais dans les deux autres observations, le délire brutal fut assez sévère pour nécessiter l'hospitalisation d'urgence et la mise en œuvre de traitement par électrochocs.

L. R.

Cérébropathie aiguë mortelle après traitement par la streptomycine, par F. SACCANI et F. BASCHIERI, de Reggio-Emilia (Italie). (*La Presse médicale*, 19 avril 1952).

Encéphalite rapidement mortelle apparue au cours d'un traitement par la streptomycine par voie intramusculaire, et en prises proportionnées, chez une femme de 42 ans ayant été traitée par la pénicilline et l'auroéomycine.

R. C.

Sympathectomie pré-ganglionnaire dans le traitement des moignons douloureux et des causalgies, par R. MERLE D'AUBIGNÉ et BÉNASSY. (*Bull de l'Académie de chirurgie*, séance du 9 janvier 1952).

43 cas traités par sympathectomie pré-ganglionnaire avec 7 échecs et 2 récidives connues. Les résultats heureux ont comporté des soulagements immédiats dans des cas parfois très anciens, ayant subi souvent de nombreuses interventions antérieures. Sur les 7 échecs, cinq fois une faute technique a pu être incriminée, mais deux fois aucune explication valable n'a pu être donnée.

L. R.

Le danger pour l'œil des prescriptions médicales et chirurgicales d'atropine et de belladone, par A.-M. LARMANDE et M^{lle} M. TOULANT (d'Alger). (*La Presse médicale*, 5 décembre 1951).

L'administration de belladone ou d'atropine, par voie orale, en suppositoire ou en injection, est susceptible, même à très faibles doses, de déclencher un glaucome aigu qui peut entraîner la cécité.

Les auteurs en rapportent cinq observations. Ces accidents survenant chez des sujets prédisposés peuvent donc être évités. La prescription de belladone et d'atropine est des plus courantes. Il importe de bien connaître les facteurs de prédispositions, facteurs locaux, et surtout facteurs généraux, qui caractérisent le terrain glaucomateux.

L. R.

PSYCHIATRIE MÉDICO-LEGALE

Le refus de manger, dit « grève de la faim » chez les prisonniers, par le professeur Aug. LEY. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, février 1954).

A propos de la discussion qui eut lieu à ce sujet, sur l'initiative du D^r Frantz Adam, lors de la dernière session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, tenue à Pau du 20 au 26 juillet 1953 (1), le professeur Aug. Ley critique tout d'abord le terme impropre de « grève de la faim » employé pour désigner ce qui est en réalité une « grève de l'alimentation ».

Rappelant les diverses opinions émises lors de cette importante discussion, M. Aug. Ley insiste sur les rapports qui existent entre le « droit au suicide », l'euthanasie, et le délit d'omission ou de refus de porter secours. Il rappelle que la mission du médecin « reste de maintenir la vie et de s'opposer à la mort... Si un homme risque de mourir par refus de manger, c'est un devoir de pratiquer l'alimentation forcée, surtout quand il s'agit d'une technique pénitentiaire. Elle n'est pas un supplice et peut se faire sans contrainte pénible ». D'ailleurs, ajoute le professeur Aug. Ley, « on n'aura pas trop de scrupules à négliger la question platonique de la liberté indivi-

(1) Voir comptes rendus résumés in *Annales médico-psychologiques*, octobre 1953, pages 406-407.

duelle, qui apparaît ici en conflit avec une idéologie autrement fondamentale et respectable : le principe de la conservation de la vie ».

Une importante distinction pratique est ensuite faite concernant la technique à suivre selon qu'il s'agit de manifestation collective, concertée, ou de cas individuels et isolés.

R. C.

La signification des concepts « normal », « anormal », « sain » et « malade » dans l'expertise psychiatrique, par H. BINDER. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 69, 1952, p. 5).

Ces termes, au sens souvent vague, sont nécessités par l'emploi qu'en font la loi et les juges. Les notions de « faculté de jugement » et de « responsabilité » y conduisent. L'auteur en précise la signification. Seule la notion d'équilibre définit le terme « normal » de façon satisfaisante et pratique ; le mot santé a une signification équivalente. Les notions juridiques et médicales des termes « anormal » et « malade » ne sont pas exactement superposables. Ce sont les conceptions juridiques que l'expert doit prendre pour base dans ses conclusions, car elles correspondent mieux à la notion de responsabilité que les conceptions médicales. La notion légale de faiblesse d'esprit correspond à la conception juridique de l'anormal. Bien des malentendus peuvent être évités entre experts et juges en n'employant ces divers concepts qu'après mûre réflexion et en précisant éventuellement dans les expertises le sens des expressions utilisées.

H. BERSOT.

Contribution à la psychologie des délits contre la vie, par J. SCHRÖDER (de Bâle). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, 1952, p. 287).

L'auteur étudie à ce point de vue les 35 cas qui, en l'espace de vingt ans, ont occupé les autorités judiciaires bâloises. Les malades mentaux ont été exclus, mais M. J. Schröder parle cependant brièvement du rôle étiologique des maladies mentales dans les délits de ce genre. Après avoir précisé le climat psychologique général dans lequel les cas considérés se sont déroulés, il relate les diverses tentatives de classification qui ont été faites et donne celle qu'il a établie lui-même suivant les motivations du crime. Il tente longuement de la justifier, non sans en souligner les difficultés et en illustrant chaque rubrique par des exemples. Puis il examine l'importance de l'oligophrénie et des psychopathies dans l'ensemble de ces cas. Il termine par quelques considérations particulières soulevées par les cas envisagés : les délits en commun, les délits par vanité, et l'importance de la personnalité des victimes.

H. BERSOT.

Le test de Rorschach chez les délinquants sexuels, par A. ZOLLIKER (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, 1952, p. 132).

Exposé, avec tableaux, des résultats fournis par 184 protocoles établis chez 110 délinquants sexuels. D'une façon générale, les réponses anato-

miques sont plus nombreuses et ont le plus souvent un caractère sexuel, tant chez les psychopathes que chez les débiles. Un deuxième psychogramme chez la même personne ne varie guère. L'influence de l'examineur est minime.

H. BERSOT.

Investigations psychiatriques et psychologiques sur les délinquants sexuels en prévention ; un rapport sommaire, par R. BRANCALE, A. ELLIS et R.-R. DOORBAR. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 1, juillet 1952, p. 17).

Les considérations suivantes résultent de l'examen de 300 sujets délinquants sexuels. Dans 58 % des cas, il s'agit de délinquances mineures et dans 42 % de délinquances majeures. Parmi ces sujets, 14 % sont normaux au point de vue psychologique, 20 % sont des névropathes légers, 35 % des névropathes avérés, 5 % des cérébraux organiques, 3 % des psychopathes, 4 % des déficients mentaux ; 32 % présentent un appoint alcoolique. Au cours de leurs actes sexuels, les noirs manifestent moins de troubles émotifs que les sujets de race blanche. On peut admettre que les délinquances, accomplies sans circonstances atténuantes, sont d'un mauvais pronostic. Les auteurs divisent les délinquants en quatre groupes suivant que : a) le sujet est normal ; b) l'acte est anormal, mais le sujet est normal au point de vue psychique ; c) l'acte est anormal et le sujet est anormal mentalement ; d) l'acte est normal, mais le sujet est un malade mental. Il n'y a ni causes, ni formes spéciales d'une sexualité anormale du point de vue psychiatrique, mais il y a des délinquants qui, pour diverses raisons, manifestent un comportement sexuel émotif, impulsif, anormal. Au point de vue social, l'important est de prédire davantage ce que le délinquant peut faire que de le juger d'après ce qu'il a fait.

L. MARCHAND.

Critique du terme « psychopathe sexuel » employé couramment, par K.-M. BOWAN et M. ROSE. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 3, septembre 1953, p. 177).

Les auteurs de cet article ont pour but de critiquer le terme « psychopathe sexuel » et de montrer les difficultés de son emploi en médecine légale. Il est utilisé si illogiquement qu'il finit par n'avoir presque plus aucune signification diagnostique. Les psychiatres ne lui attribuent pas une signification diagnostique spécifique, mais un caractère descriptif ; le terme n'a pas la même signification en psychiatrie qu'en législation. Alors que le psychiatre s'attache à l'ensemble des phénomènes cliniques en rapport avec le comportement sexuel, la loi ne tient compte que des actes dangereux ou immoraux. C'est une erreur d'utiliser le même terme « psychopathe sexuel » au point de vue légal et psychiatrique.

L. MARCHAND.

Le baiser. (Étude médico-légale). (El beso, estudio médico-legal), par José BELBEY, (*Extrait de 18 pages de « El Día Médico », 23^e année, n° 58, Buenos-Aires, 1951*).

Citant en exergue une phrase d'Oscar Wilde, « un baiser peut causer la ruine de toute une vie », l'auteur, après quelques considérations historiques et littéraires, envisage plus longuement les problèmes médico-légaux. Tout d'abord, est considéré le délit de contagion vénérienne par le baiser, puis sont décrites les autres qualifications du code pénal argentin concernant le baiser. Quelques observations sont rapportées.

V.-J. DURAND.

Les problèmes médico-légaux de la vieillesse. (Os problemas medico-legais da velhice), par J. ALVES GARCIA. (*Extrait de 10 pages de medicina, cirurgia, farmacia, n° 185, Rio-de-Janeiro*).

L'allongement progressif de la vie humaine entraîne d'importantes conséquences sociales, économiques et aussi médico-légales. Montrant que les facultés intellectuelles peuvent être conservées à un âge très avancé, l'auteur évoque les problèmes d'imputabilité qui peuvent se poser en cas d'actes délictueux ou criminels commis au cours de la vieillesse, ainsi que la délicate question de la capacité juridique.

V.-J. DURAND.

Psychochirurgie et criminalité. (Psicochirurgia e criminalita), par Annibale PUCA (d'Aversa). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 6, n° 2, mars-avril 1952, p. 106-114).

L'auteur envisage l'utilité des interventions chirurgicales par leucotomie préfrontale dans quelques formes de criminalité pathologique avec atteinte particulière des fonctions praxiques, conatives et émotionnelles, d'où incontinence affective, impulsivité et tendances clastiques. Pour le mécanisme d'action, il faudrait invoquer une action générale et non spécifique du choc chirurgical.

V.-J. DURAND.

La classification des délinquants en France, par Charles GERMAIN, directeur de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice. (*Revue pénitentiaire et de Droit pénal*, nos 7 à 9, juillet à septembre 1953).

Très important travail exposé au cours international de criminologie de Paris de 1952, d'une très grande richesse, avec nombreuses confrontations étayées par une abondante bibliographie. Chacun des chapitres, comme chaque problème posé, rejoint l'intérêt psychiatrique. Nous ne pouvons que signaler ici le principe de la classification des délinquants, non plus basée sur le fait matériel du délit, mais sur le but d'évoluer vers le traitement des condamnés en fonction de leur personnalité. Malgré la création du centre de Château-Thierry, « le problème posé par les délinquants atteints de maladie mentale est plus délicat et n'est pas près d'être résolu ». Etude des différents facteurs : aptitude professionnelle, passé criminel, aptitude du condamné à être soumis à un régime de confiance et de discipline consentie,

valeur morale. Dans la détermination de l'autorité compétente pour procéder à la classification, appel est fait à la participation du médecin, du psychiatre, de l'assistante sociale, de l'éducateur, etc...

M. BACHET.

L'expérience d'un essai de reclassement des relégués dits « asociaux », par P. GISCARD. (*Bull. de l'Union de la société générale des prisons. Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 3^e trimestre 1953).

Les relégués dits « asociaux », objet de l'expérience dirigée par le Dr Giscard, sont considérés comme étant peu adaptables mais de nocivité faible et caractérisés par la prédominance de l'aboulie, de l'instabilité, se bornant à de petits délits, mais inlassablement répétés. S'inspirant largement des thèses de M. Cannat, l'auteur expose sa méthode, essentiellement basée sur les contacts personnels, la sympathie. « Il faut énormément parler au détenu. » Les faits rapportés témoignent avec éloquence de la persévérance et du doigté dans l'effort soutenu. Examen du cas particulier des parkinsoniens, de celui des mythomanes, dont l'activité imaginative demeure, faisant d'eux des éléments perturbateurs ; du cas des débiles étudiés par divers tests, dont le test Tsédek. L'auteur insiste encore sur le rôle de la dissocation familiale dans la genèse de la polydélinquance, en examinant avec éclectisme les deux thèses proposées. Très grande importance de l'alcoolisme et aussi de l'alcoolisation dans les échecs de réadaptation. Le bilan de cette expérience, comme les réflexions concernant les conditions nécessaires à la bonne évolution de la réforme pénitentiaire, doivent faire l'objet d'une attention toute particulière.

M. BACHET.

A propos de la révision de la loi de défense sociale, par Jean BOBON. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, janvier 1954).

L'auteur préconise l'application stricte du texte actuel de la loi belge de défense sociale du 9 avril 1930 aux déments et aux anormaux graves. Toutefois, il constate qu'il existe entre les délinquants normaux d'une part et les délinquants déments ou anormaux graves d'autre part, toute une catégorie d'anormaux physiques « incapables du contrôle de leurs actes » au moment où ils ont commis leur délit, mais qui sont mis en liberté aussitôt après leur internement, parce qu'ils ne sont plus considérés comme dangereux. Cette libération désoriente les magistrats qui ont prononcé l'internement et révolte la conscience publique. Aussi, l'auteur propose-t-il d'appliquer à cette catégorie de délinquants un traitement médico-pénal, consistant en une privation de liberté de durée déterminée, prononcée par le tribunal, et qui ne pourrait être réduite sous le couvert de considérations médicales, mais privation de liberté qui deviendrait un élément effectif du traitement en faisant partie d'un ensemble thérapeutique et pourrait être prolongée, par décision judiciaire, en fonction du bien de l'individu et de la société. Le juge devrait donc contrôler l'application du traitement punitif, pour pouvoir à tout moment le supprimer ou le suspendre, si l'état du patient ne l'exige plus.

L. R.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 février 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 mars 1954*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 mars 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois d'avril de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 avril 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 10 mai 1954*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 mai 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Légion d'honneur

A été promu au grade d'*Officier de la Légion d'honneur* :

M. le D^r Charles MACÉ DE LÉPINAY, médecin de l'Etablissement thermal de Nèris-les-Bains, membre correspondant national de la Société médico-psychologique.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Concours pour 3 places de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

A la suite de ce concours, ont été désignés pour occuper les 3 places vacantes de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine : 1. M. André SOULAIRAC ; 2. M. Hubert MIGNOT ; 3. M. André-P.-L. BELEY.

SOCIÉTÉS

Société suisse de psychiatrie

L'assemblée de printemps de la *Société suisse de psychiatrie* aura lieu à *Waldhaus-Coire/Beverin-Cazis*, les 19 et 20 juin 1954, sous la présidence du professeur W. BOVEN (de Lausanne).

Sujet général : « Problèmes de psychiatrie infantile ». — Rapporteur : M. le professeur J. LUTZ (de Zurich).

Au cours de la *séance administrative*, le dimanche 20 juin, le professeur M. BOSS (de Zurich), fera un exposé sur « l'activité des psychologues non médecins ».

Annoncer les *communications* avant le 8 mai, au président : professeur W. BOVEN (de Lausanne).

Secrétaire : Dr O. RIGGENBACH (de Préfargier, Neuchâtel).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Troisième congrès international de défense sociale.

Après les précédents congrès tenus à San-Remo, en 1947, et à Liège, en 1949, la session finale du 3^e *Congrès international de défense sociale*, se tiendra à *Anvers*, du 20 au 24 avril 1954, sous le patronage de l'« Union belge et luxembourgeoise de droit pénal ».

Ayant à son programme l'étude des « Moyens de défense sociale », à la suite de débats préparatoires qui ont eu lieu à San-Marino, en 1951, et à Caracas, en 1952, la session mondiale du 3^e Congrès international de défense sociale est organisée par un comité anversois composé de M. A. LILAR, *président* ; et de MM. L. CRAEYBEECKX et L. DELVAIDE, *vice-présidents* ; Carlos DE BAECK, *secrétaire général*. M. le bâtonnier R. VICTOR et M. le juge S. C. VERSELE ont été chargés de la préparation des travaux du congrès.

JOURNAUX ET REVUES

Une nouvelle revue « L'infirmier psychiatrique »

Depuis le 10 octobre 1953, le Dr Th. SIMON, médecin-directeur honoraire de l'hôpital Henri-Rousselle, secrétaire général des Ecoles d'infirmiers des hôpitaux psychiatriques de la Seine, fait paraître sous ce titre « L'infirmier psychiatrique » un bulletin mensuel dont les cinq premiers numéros ont paru régulièrement.

Cette nouvelle publication, dont le succès dit assez qu'elle correspondait à un besoin et dont le but est le perfectionnement professionnel des lecteurs auxquels elle s'adresse, a pour programme de « rappeler des choses apprises », « exposées à tomber dans l'oubli, tenir également au courant de techniques », « nouvelles ou de ce qui se fait ailleurs que dans le cercle étroit où chacun est », « appelé à travailler, élargir par conséquent l'horizon du métier ; se placer en », « face du malade et de ses besoins, faire mieux comprendre l'aliéné, examiner », « les fautes à éviter et comment on peut, au contraire, par une action personnelle, vigilante, et une série de petits moyens, améliorer son sort et », « avoir avec lui les meilleurs rapports ».

Utile programme, sur le plan médical et humain. Déjà, des infirmiers, abonnés, ont remercié le Dr Th. Simon de les aider ainsi à se maintenir « dans une atmosphère de travail » et de leur faciliter la conservation de notions trop rapidement acquises à l'Ecole d'infirmiers. Les premiers numéros parus ne se contentent pas de rappeler des notions d'anatomie, de montrer « le vrai visage des troubles mentaux », de donner des informations sur les écoles d'infirmiers, sur le plan d'équipement contre les maladies mentales, sur le matériel utilisé (seringues)..., etc. Ce bulletin maintient encore utilement l'intérêt du lecteur par la publication d'un récit intitulé « Le rêve et la vie » et des renseignements sur la vie et les troubles mentaux de son auteur, Gérard de Nerval. Des enquêtes font participer les abonnés au programme du bulletin. D'utiles conseils et des pensées suggèrent, ou rappellent, combien importante et efficace peut être l'action de l'infirmier et celle de l'infirmière s'ils aiment leur profession, c'est-à-dire les malades confiés à leurs soins.

Bulletin fait pour des infirmiers par quelqu'un qui les comprend et qui s'intéresse à leurs travaux, à leurs difficultés, à leurs efforts.

« Les Journaux pour enfants ». Numéro spécial d' « Enfance »

La revue « *Enfance* », dirigée par le professeur Henri Wallon, consacre un intéressant numéro spécial à l'importante question des *journaux pour enfants* (n° 5, novembre-décembre 1953). Dans la *préface* de ce numéro, où sont rassemblés un grand nombre d'articles signés d'auteurs de différentes disciplines, le professeur Henri Wallon souligne l'influence pernicieuse de certains de ces très nombreux périodiques destinés aux enfants. « Il existe, écrit-il, différents mouvements de jeunesse. Qu'ils se donnent pour tâche de détourner l'enfant des publications où l'invraisemblance le dispute à la violence, et la violence à l'érotisme ; qu'ils organisent des séances de saines lectures littéraires, de saines discussions littéraires et, pour les plus petits, de saines dramatisations à propos de textes bien choisis. Que les modèles réels ou fictifs proposés à la sympathie des enfants soient la condamnation des tristes héros qui leur sont présentés par leurs illustrés pernicieux. Mais surtout qu'on fasse l'effort nécessaire pour développer et rendre attrayants des périodiques et des livres qui éduquent l'enfant au lieu de le dégrader. Puissions-nous aussi voir surgir une pléiade de bons écrivains pour enfants. »

On trouvera dans ce numéro l'exposé des différents points de vue sur cet important problème, la nomenclature des nombreuses publications périodiques pour enfants, l'exposé de la loi du 16 juillet 1949 organisant le contrôle des publications destinées à la jeunesse, et le texte des propositions et projets de loi ayant pour but de la compléter ou de la préciser.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Les enfants du premier âge sont-ils à examiner au point de vue psychologique ?

La section de la *Protection sanitaire de l'enfance*, dépendant de la *Commission ministérielle d'hygiène sociale*, a posé le problème de la nécessité ou non de l'*examen psychologique des enfants du premier âge*, c'est-à-dire de 1 à 5 ans. MM. Clément LAUNAY et VERLIAC ont donné sur ce point leurs conclusions.

Pour ces auteurs, les examens systématiques sont inutiles et ce dépistage n'a seulement de valeur que là « où il y a possibilité de traitement ou d'éducation spécialisée ».

Les auteurs distinguent parmi ces enfants trois lots très différents.

1° Ceux qui souffrent d'une *infirmité sensorielle latente* : mutité grave, enfants durs d'oreille. Le dépistage précoce de ces infirmités est utile. L'appareillage est nécessaire de bonne heure ainsi que la lecture sur les lèvres.

2° Les *déficients intellectuels* dans le dépistage du niveau intellectuel est très difficile et demande un personnel spécialisé. L'éducabilité n'est guère possible avant 4 ans. La méthode des jardins d'enfants seulement pour ceux-ci et ne comportant pas dans cette institution des enfants normaux pourrait leur être appliquée et ce serait ainsi la préparation aux classes de perfectionnement.

3° Les *enfants difficiles*, enfants agressifs ou instables ou enfants victimes de difficulté d'éducation, de mauvais milieux familiaux ou d'abandon.

Les rapporteurs conseillent, en conclusion, un recours dans certaines consultations ou centres aux avis d'un neuro-psychiatre infantile qui prendrait les décisions utiles, la plupart du temps inutiles avant l'âge de 4 ans, et au placement dans des familles nourricières compétentes, dont l'observation serait nécessaire. M. Clément Launay, dont l'expérience est grande, met aussi en garde contre les abus possibles de tels examens, de classements systématiques, ou contre des « tests pratiqués à la hâte par des personnes non qualifiées », le résultat d'un « test à cet âge ne constituant qu'un jugement actuel et révisable ».

(*La Presse médicale*, 30 janvier 1954).

LÉGISLATION

L'intoxication alcoolique des conducteurs de véhicules.

La commission de l'« Union belge et luxembourgeoise de droit pénal » ayant, lors de sa séance du 24 octobre 1953, désigné une commission chargée d'élaborer des dispositions légales nouvelles relatives à la répression de l'intoxication alcoolique des conducteurs de véhicules, cette commission a établi : 1° un avant-projet de loi relatif à la répression de l'intoxication alcoolique des conducteurs de véhicules ; 2° un avant-projet de loi relatif à la déchéance du droit de conduire.

On trouvera dans la *Revue de droit pénal et de criminologie* (Bruxelles, février 1954, pages 453 à 465) l'exposé des motifs et le texte de chacune de ces propositions de loi. Des amendes, des permis d'emprisonnement et la déchéance (temporaire ou définitive) du droit de conduire sont prévues pour « quiconque, dans un lieu accessible au public, conduit un véhicule alors que la teneur de son sang en alcool atteint un gramme pour mille » ainsi que pour « quiconque incite ou provoque une personne à conduire un véhicule dans les conditions prévues ci-dessus ».

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Masson et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1954 (1^{er} trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706

Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 85.563. — 1954.

C.O.A.L. 31.2330.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA PERSONNALITE EPILEPTIQUE VUE A TRAVERS LE TEST DE RORSCHACH

PAR

Cécile BEIZMANN

Est-il possible, au moyen du Rorschach, de distinguer les caractères différentiels de deux groupes de sujets : comitiaux et convulsifs simples ? Telle est la question que nous nous sommes posée.

Pour résoudre ce problème, nous avons adopté une méthode qui diffère un peu de celle utilisée habituellement : en général, les chercheurs examinent certains groupes — en l'occurrence des malades — sur lesquels ils se proposent de faire une enquête ou leur étude.

Nous avons procédé de façon en quelque sorte inverse : nous avons recherché, parmi les dossiers de la consultation du professeur H. Wallon (près de 3.000 sujets), tous les cas d'enfants et d'adolescents ayant présenté des crises épileptiques, des convulsions dans le jeune âge, ou bien ayant, au cours des tests et examens cliniques, manifesté un comportement décrit comme épileptoïde.

Nous avons alors confronté les résultats de leurs Rorschach avec les autres tests et documents — notamment l'électro-encéphalogramme — et le diagnostic médical.

Il n'y a donc pas eu tri préalable de la population au point de départ des examens, ce qui réduit considérablement les risques d'influence de l'examineur sur les résultats du Rorschach. Si, malgré tout, dans notre propre recherche, il y a influence, dans le sens « tempo personnel », elle ne s'est tout au moins pas exercée sur les facteurs que nous allons analyser, puisque l'examineur et les correcteurs ont travaillé à l'aveugle. En effet, Mlle Renée Stora et M. Ormezzano, qui m'ont aidée dans les corrections et que je remercie ici, ignoraient qu'il s'agissait de Rorschach d'épileptiques ou présumés tels.

Nous cherchons en outre par notre étude à préciser quelques aspects particuliers de la mentalité épileptique.

En effet, si le tableau proposé par Rorschach [12] comme caractéristique de l'épilepsie est confirmé par un grand nombre d'auteurs [Guirdham, Bohm, Klopfer, Piotrowski (1), etc...] — tout au moins pour la plupart des facteurs qui le composent — il est cependant maintes fois contesté par d'autres.

Nous n'avons pas l'intention de vérifier la validité du Rorschach à ce point de vue, mais désirons examiner certaines hypothèses accumulées au cours de notre expérience de ce test, à savoir :

1° la signification des « centres », réponses s'inspirant de la ligne médiane ou des parties centrales de la planche ; nous avons en effet constaté le grand nombre de ces réponses dans les protocoles d'épileptiques ; or, ce fait n'est pas — ou peu — mentionné dans les publications concernant l'épilepsie ;

2° un autre fait nous a frappée : nous avons fréquemment remarqué, dans les Rorschach d'enfants ayant présenté des convulsions dans la première enfance, un certain nombre de facteurs correspondant au tableau de l'épilepsie. (Cette similitude nous a permis, à la suite de Rorschach « aveugles », de signaler au médecin les présomptions découlant des facteurs suspects et qui, dans bien des cas, se sont trouvés confirmées, soit par l'examen médical, soit par l'électro-encéphalogramme, sinon toujours positif, tout au moins suspect).

Nous avons donc pensé que le tableau Rorschach n'était pas limitatif au diagnostic de l'épilepsie seule, le diagnostic proprement médical étant en dehors du domaine que nous explorons et d'ailleurs discuté par les spécialistes, comme en rendent compte travaux et congrès (2).

(1) Réf. Bohm [4], Guirdham [6], Klopfer [7], Piotrowski [11].

(2) Notamment congrès d'électro-encéphalographie, Paris, 1950.

Rappelons, qu'à notre connaissance, la littérature précise qu'aucun facteur du Rorschach ne permet de prévoir les convulsions, mais seulement des atteintes organiques du cerveau, ceci étant un des faits les moins discutés.

Nous avons dépouillé une centaine de dossiers suspects et avons décomposé les cas pris en considération en quatre groupes.

Convulsifs : 34. (Signalons que pour la plupart de nos sujets ayant présenté des convulsions pendant l'enfance, celles-ci ne sont survenues qu'une seule fois, à l'occasion, par exemple, de percée dentaire ou d'incidents infectieux).

Comitiaux affirmés : 16 (dont 14 présentent des chutes et 2 ont des « absences » seules).

Epileptoïdes : 12 (diagnostiqués tels par le médecin, d'après mentalité et comportement particuliers, sans crises, ni convulsions).

Cas douteux : 35, étudiés justement à titre de comparaison et de contrôle (1). [Nombreux parmi ces derniers ont eu des « crises » relevant probablement de la spasmophilie (syncopes, pamoisons), de colères (avec asphyxie), ou d'inhibition avec conscience partielle].

Quelques sujets du troisième et quatrième groupe ont des antécédents incertains (enfants adoptés, élevés en nourrice ou de parents décédés). Malgré les présomptions d'épilepsie, nous n'avons pas intégré ces cas dans les deux premiers groupes afin que l'élément certitude compense dans une certaine mesure la quantité limitée des cas composant le deuxième groupe.

Commentaire des tableaux

Remarque préalable concernant le dépouillement statistique : la qualité ou la nature clinique d'un facteur est quelquefois masquée sous l'aspect quantitatif et peut ainsi apparaître soit diminuée, soit valorisée.

Par exemple, en regard de deux ou trois réponses « centrales » (c'est-à-dire des réponses portant sur le centre de la tache d'encre), telles que : « bâtons » ou « os », une *unique* réponse, telle

(1) Au surplus, l'étude du 4^e groupe apparaît intéressante comme critère différentiel : la présence de divers facteurs n'appartenant pas au tableau de l'épilepsie, témoignent en faveur d'autres affections ou troubles de la personnalité.

que : « fusée qui explose », ou « un puits profond », ou encore « une fontaine avec des gouttes diaprées qui retombent », apporte une valeur symptomatique beaucoup plus significative. En effet, dans le Rorschach, doivent être pris en considération, outre la valeur quantitative, l'*intensité* qualitative même du facteur mis en cause (tonalité du contexte et intégration du facteur dans l'ensemble du protocole), ainsi que toutes les implications de la réponse du sujet, c'est-à-dire tous les déterminants, tels que : C (couleur neutre ou vive), K (mouvement passif ou dynamique), contenu (avec toutes ses multiples motivations), qualité et type des modes d'appréhension, etc...

Dans l'analyse des différents facteurs — dits présomptifs de l'épilepsie — nous avons tenu compte, non seulement des résultats acquis « classiques », mais aussi des travaux de Mme Fr. Minkowska, dont l'apport clinique est fort à prendre en considération.

Dès la première lecture des tableaux respectifs, nous constatons :

a) Chez tous les comitiaux et épileptoïdes (sauf un cas), la présence manifeste de tout un ensemble de signes et de facteurs suspects.

b) Chez les convulsifs, le même tableau apparaît en quelque sorte simplement « atténué » comparativement au précédent.

c) Par contre, pour le groupe des cas « douteux », ces signes sont manifestement beaucoup moins représentés. Quoique certains Rorschach restent suspects (de même que leur électro-encéphalogramme), la majorité des Rorschach comporte des facteurs nettement en faveur d'autres affections ou dispositions psychiques, voire même opposées, comme par exemple des tendances schizoïdes.

Rappelons par ailleurs que trois principaux caractères, considérés longtemps comme les plus significatifs de la mentalité dite épileptique, sont particulièrement discutés par les spécialistes de l'épilepsie :

- a) la lenteur ;
- b) l'adhésivité ;
- c) et, au pôle opposé : l'impulsivité et l'explosivité.

(Ces deux derniers traits doivent d'ailleurs être dissociés et examinés à part).

Ainsi, on a nié la constance chez l'épileptique de chacun de ces traits de comportement et on a même contesté leur présence chez

de nombreux malades. Quelques auteurs (1) ont attiré l'attention sur les comportements variables et qui diffèrent suivant qu'il s'agit d'épileptiques internés dans les services psychiatriques, ou de ceux qui sont suivis en consultations externes.

La première question qui se pose donc à nous est la suivante : les différents traits de caractère mentionnés plus haut se manifestent-ils dans le Rorschach ? Celui-ci n'étant que le reflet des composantes de la personnalité, il ne peut révéler celles-ci que dans la mesure où elles existent en fait chez nos sujets.

Les principaux facteurs du Rorschach entrant dans le tableau épileptique sont les suivants.

- I. Lenteur.
- II. Persévération.
- III. Couleur.
- IV. k (mouvements secondaires).
- V. Type d'appréhension.
- VI. Centres.
- VII. Contenu : réponses anatomiques.
réponses géométriques.
références personnelles.
- VIII. F + %.
- IX. Ban.

Nous allons voir dans le détail s'ils se rencontrent suffisamment nombreux dans nos protocoles d'épileptiques.

I) LENTEUR. — Elle domine chez le groupe des comitiaux et surtout chez les épileptoïdes, mais quelques remarques s'imposent, car, dans le processus « durée », plusieurs facteurs, de signification clinique différente, entrent en jeu.

1° *Facteur temps*. — En effet, la *durée totale* de l'épreuve (T), ainsi que le *temps moyen* de réponse (t) doivent absolument être distingués du temps moyen « initial » de réaction, ou temps de *latence* (t/L) (c'est-à-dire la durée qui s'écoule entre le moment de présentation de chaque planche et la première interprétation qu'en donne le sujet) (2).

(1) Cf. H. Baruk [1], L. Marchand et J. de Ajuriaguerra [9].

T soit durée totale de l'épreuve

(2) $t = \frac{\text{somme des réponses}}{\text{temps initial ou tot. des latences}}$

$t/L = \frac{\text{nombre de planches}}{\text{nombre de planches}}$

Il est bien évident que le temps (t) diffère selon que le sujet est d'humeur euphorique ou non, qu'il est bavard ou laconique, confiant, expansif ou au contraire, réservé, etc...

Beaucoup plus significatif est donc le temps de latence, qui, dans le Rorschach, nous renseigne sur la vivacité conceptuelle, la rapidité d'évocation mnésique et, principalement, sur la « mobilité » de l'idéation. C'est ce dernier facteur qu'il nous intéresse surtout d'étudier ici, car il indique la capacité d'adaptation du sujet à une situation ou à une sollicitation *nouvelle*, en fonction du temps. Cette adaptation implique effectivement une *plasticité* particulière de l'idéation et procède par une sorte de rupture préalable avec des états opposés d'inertie ou de persistance — d'ordre sensoriel, affectif, ou idéationnel — ceci afin que le sujet soit rapidement à nouveau perméable aux divers excitants (formes, couleurs, etc...) qui vont (aux planches suivantes) susciter de nouvelles réponses. Nous savons que, chez l'épileptique, « les idées, les représentations sont lentes à se constituer et tendent ensuite à persister... », faisant ainsi « obstacle » à de nouveaux engrammes (1).

2° *Retentissement de facteurs affectifs*. — Des facteurs émotionnels déclenchés par l'épreuve peuvent aussi entrer en jeu et ralentir le processus idéationnel (humeur dépressive, doutes, blocages, etc...) ; il importe donc, avant de parler de lenteur d'esprit et de bradypsychie, de bien s'assurer de l'intervention possible de facteurs affectifs.

3° *Lenteur motrice*. — Enfin, la lenteur idéationnelle est encore à discerner de la lenteur qui se manifeste dans la motilité et dans l'activité générale (aboulie, par exemple). C'est ainsi que nous avons remarqué, parmi nos sujets, un certain nombre de jeunes enfants particulièrement instables et excités. Leur apparente vivacité de réactions au Rorschach relève surtout de l'impulsivité ou de la nervosité et s'accompagne par ailleurs de viscosité notable. Leur agitation contraste aussi avec une lenteur de compréhension ou bien même avec un ralentissement psychomoteur observé au cours de tâches imposées, tant scolaires que familiales.

Résultats. — En ce qui concerne cette recherche et compte tenu de ces réserves, nous avons constaté une latence prolongée chez les comitiaux et les épiléptoïdes ; elle apparaît plus courte

(1) Cf. Réf. H. Wallon [13].

chez les convulsifs, mais fait important qui ressort de la comparaison des quatre groupes, la latence est quelquefois encore plus longue chez les sujets inhibés (blocages affectifs) du quatrième groupe, « cas douteux ». Ceci met en évidence que le facteur temps, dans le Rorschach, est quelquefois plus affecté par des désordres névrotiques que par des troubles proprement organiques.

Notre expérience nous a d'ailleurs montré que le ralentissement et l'allongement du temps de latence sont communs à bien d'autres affections : ils se rencontrent non seulement chez les inhibés affectifs, mais aussi chez les schizophrènes bloqués, chez les nonchalants paresseux et fréquemment chez les débiles mentaux par pauvreté d'idéation.

II) PERSÉVÉRATION. — Nous voyons manifestement dominer la persévération — trait cardinal de l'épilepsie (1) — dans les tableaux des trois premiers groupes. Elle emprunte diverses formes ; nous en avons pour notre part discerné huit sortes. Elles ont probablement des acceptions différentes et chacune d'elles se retrouve dans d'autres affections.

Si la « stéréotypie » n'est pas confondue en clinique mentale avec la « persévération » de l'épileptique, du débile ou de l'obsédé, les publications qui mentionnent ces facteurs dans le Rorschach ne précisent pas ou peu leur différence de signification et emploient même souvent indifféremment l'un ou l'autre terme.

C'est pourquoi nous avons jugé utile d'établir autant de distinctions que de formes de persévération discernées dans notre matériel, ce qui permettra d'analyser en quoi elles diffèrent les unes des autres, d'apprécier leur fréquence variable chez différents types de malades et, partant, d'en approcher leur valeur significative. Nous ne sommes pas encore à même — vu le nombre relativement limité des cas étudiés — de saisir les différenciations psychologiques auxquelles se ramènent les différentes formes de persévération dans le Rorschach, ni même de formuler des hypothèses à partir du travail actuel, mais nous considérons que ce problème est de toute importance pour élucider un aspect du caractère épileptique, justement contesté par certains auteurs, ou bien, à l'inverse, considéré par d'autres, tels Stauder [15], comme spécifiquement discriminatif entre l'épilepsie essentielle (où le facteur persévération serait fréquent), et l'épilepsie trau-

(1) Cf. F. Sal y Rosas [13].

matique ou symptomatique (où il serait relativement plus rare). C'est tout le problème de l'organicité et de ses critères dans le Rorschach qui est mis en cause avec ce facteur (quoique, en fait, le problème d'organicité soit en dehors du domaine du psychologue).

Notre recherche actuelle apporte la confirmation du fait suivant déjà mentionné par les auteurs classiques : contrairement à la conception de l'existence chez l'épileptique d'une disposition nette à donner un même type de réponses (par exemple : réponses anatomiques), ou bien à persister dans une réponse déjà formulée, nous trouvons dans nos Rorschach épileptiques un indice de stéréotypie ($A\%$) très faible (1). En outre, la *variété* même des catégories de réponses est satisfaisante (sauf, comme on pouvait s'y attendre, chez les débiles mentaux). Nous constatons par contre l'inverse, c'est-à-dire $A\%$ élevé, dans notre groupe de « cas douteux ».

Les formes de persévération prépondérantes visibles dans nos résultats sont : les répétitions *littérales* de réponses (successives ou non) (2), les répétitions de vocables (verbes et adjectifs) et aussi les « liens » mis en évidence par Mme Fr. Minkowska [10] qui les considère comme « le mécanisme essentiel de l'épilepsie ».

Voici les différents types de persévération relevés dans notre matériel.

1° *Répétition littérale* (successive ou non), soit dans la même planche, soit dans les suivantes.

a) de la *même interprétation* ; le sujet donne des réponses identiques dans des localisations différentes.

Exemples : « église », « estomac », « pont », « dent », « crevasse », « passage » ; « une terre et des montagnes » ont été données à 9 planches successives.

b) de *termes descriptifs* accompagnant la réponse (la précisant ou la développant par l'usage de verbes d'action, par des qualificatifs, etc...).

(1) A = réponses animales ; A = animal entier ; Ad = partie d'animal ;
 $A\%$ = pourcentage de réponses A , soit $\frac{A + Ad}{R}$ (% normal se situe entre 30 et 50).

(2) C'est la répétition successive seule qui est considérée par Bohm comme signe important du tableau épileptique.

Exemples : « tiennent », « se battent », « sortent de », « coule », « repose sur », « tombe », « mort », « sale », « relié », « enchaîné », « petite », « bouche ouverte ».

Remarquons que cette forme de persévération est tout aussi fréquemment relevée dans les protocoles d'obsédés ou de sujets souffrant de conflits affectifs. Il s'agit en l'occurrence de départager la forme de persévération spécifique de l'épileptique (1) de celle qui vient se superposer *secondairement*, par suite des troubles affectifs dont les épileptiques ne sont pas pour autant exempts, bien au contraire.

2° *Persévération catégorielle* (catégorie de contenus). — N'est qu'une forme atténuée de la précédente : le sujet donne des réponses un peu différentes, mais appartenant à une même catégorie de contenu ou à une catégorie proche.

Par exemple : animaux volants, anat. ou squelet., parties d'animaux (pattes, cornes, bec, queue, antennes).

Notons que cette dernière forme de persévération se rencontre fréquemment chez les débiles mentaux et chez un groupe de sourds-muets que nous étudions par ailleurs [3].

3° *Persévération de thèmes*, originaux, symboliques ou simplement cliniques (persévération du type Bovet : « ideational perseveration »).

Par exemple : thèmes agressifs, dépressifs (mort, chute), de mutilation (coupés, arrachés), de protection, etc...

4° *Répétition* ou forme persévérante de *formulation* ou de *stylé*.

Par exemple : remarques persistantes, telles que « sorte de », « et ceci, c'est de l'espace dans le blanc » (données par le même sujet à 9 planches successives) ;

« merci Madame » (formule répétée à chaque présentation de planche, ou en la rendant) ;

description systématique de la symétrie et rappel dans les mêmes termes à chaque nouvelle planche ;

remarques sur les nuances (de façon identique), « parties grises plus claires ou plus foncées, « petits trous » (dans le blanc) ;

(1) Dont le contenu exprime le « contact adhésif ». Cf. C. Beizmann [3].

exclamations diverses persévérantes, telles que : « Ah bon ! », « maintenant ! »...

5° *Persévération formelle* ou « perceptual perseveration » de Guirdham [6] que nous désignons par « adhésivité formelle ». — Il s'agit de réponses s'inspirant d'une *même forme* de contour, avec une sorte d'attrait persévérateur pour les formes pointues, en creux, et, en général, pour les figures géométriques (ce qui a été signalé par maints auteurs).

Exemples : « clocher », « rond », « lunettes », « pois », « cousins », « oreiller », « éponge », « et ici, la petite tache blanche c'est... » (le sujet a été attiré par une petite particularité de forme, vaguement similaire d'une planche à l'autre).

Entrent dans cette catégorie les réponses qui manifestent l'attraction du sujet pour des *positions* analogues justifiant une interprétation persistante.

Exemples : « ventre » au centre de la planche, « et ici en haut » (ou « en bas »).

6° *Persévération formelle de localisation* ou « adhésivité spatiale ». — Ici, des interprétations de contenu différent sont successivement données, mais cantonnées *au même endroit* de la planche.

Par exemple : pl. II, « plume », puis « toit », puis « pic de montagne », ou « église », « bec », « tenaille ».

7° *Répétition simple* ou « redite ». — C'est le cas où un sujet répète une réponse qu'il a déjà donnée à la même planche et concernant la même localisation. Il s'agit, en général, d'un *rappel conscient* du sujet qui s'intéresse spécialement à une réponse énoncée, ou bien, il prend simplement la précaution de s'assurer que l'expérimentateur n'a pas omis de la marquer. Dans notre travail, cette forme de répétition apparaît relativement rare chez nos épileptiques (ou n'apparaît pas plus fréquente que dans les autres groupes étudiés) ; Bohm, du reste, ne la signale comme étant caractéristique de l'épileptique que lorsque le sujet est *inconscient* de la répétition, c'est-à-dire dans le cas où il oublie avoir déjà mentionné cette réponse : c'est alors un symptôme organique manifeste.

8° *Liens persévérateurs*. — Nous avons fait une mention spéciale à cette forme de persévération mise en lumière par Mme Fr. Minkowska [10], et nous en avons recherché la fréquence dans nos protocoles aux points de vue suivants :

- a) des locutions conjonctives ;
- b) des expressions de langage.

a) *Les locutions conjonctives* sont examinées sous l'angle de l'*appréhension* des formes dans ses rapports avec les localisations.

Le caractère *adhésif* de l'*appréhension* et de l'élaboration de la réponse s'exprime par le besoin du sujet de réunir, c'est-à-dire de lier les « parties qui se touchent » (D adjacents) et même de rapprocher les parties éloignées entre elles (D distants). Cette liaison s'opère au moyen de termes tels que : « avec, sur, dessus, contre, etc... ».

Exemple : pl. II, « avec du feu dans les mains » ; pl. VII, « jouent... avec des éponges sur le nez ».

b) Ces expressions expriment grâce aux verbes et aux qualificatifs le « contact » que l'auteur a qualifié de « *sensoriel* » (1).

Exemples : « relié », « tient », « sort de », « attaché », « se tapent les mains », « rouge et noir mariés ».

Voici quelques réponses caractéristiques d'un jeune enfant épileptique : « si on *recollait* ces deux morceaux (D distants), ça ferait un pois » (pl. IX, anneaux centraux) ;

« deux édredons *reliés* avec une couture » (pl. VIII), réponses suggérées par la forme géométrique (D bleu) et déterminée aussi par l'aire médiane (centre).

Remarquons également, au point de vue du langage, les thèmes kinesthésiques persévérateurs concernant des mouvements de la « nature » (k secondaires de Rorschach), exprimés en mouvements passifs ou plus fréquemment explosifs, tels que : « eau qui coule », « descend », « monte », « lance », « explose ».

(1) Pour notre part, nous inspirant des travaux du professeur H. Wallon, nous proposons de substituer le terme de sensori-moteur à celui de sensoriel, qui prête à confusion par l'association qu'on en fait avec sensibilité extéroceptive, alors que le contact, spécifiquement « glischroïde », est de nature avant tout proprioceptive (impression kinesthésique). Rappelons qu'à l'occasion de ses distinctions de types psycho-moteurs, le professeur H. Wallon a qualifié l'épileptique de type essentiellement « projectif-moteur ». Cf. H. WALLON [16] : *L'enfant turbulent*, p. 133-168.

La fréquence manifeste de ces liens dans les protocoles de nos sujets, tant comitiaux que convulsifs et épileptoïdes, nous conduit à reconnaître l'importance que leur accordait Mme Minkoswka, d'autant plus que d'autres facteurs du tableau épileptique Rorschach concordent avec les autres examens.

Discussion. — La question reste toutefois pendante en ce qui concerne deux groupes de sujets :

a) ceux chez lesquels on constate *l'absence complète de liens*, malgré un ensemble de facteurs présomptifs dans le Rorschach, ou même en dépit d'un diagnostic de comitialité (cas pourtant rares dans notre matériel, mais cependant signalés par d'autres praticiens, notamment le Dr Schachter [14]) ;

b) ceux dont le Rorschach montre *la présence de liens*, sans autres signes suspects, et chez lesquels l'examen médical — s'appuyant sur l'électro-encéphalogramme et autres documents — nie catégoriquement toute atteinte épileptique et même tout caractère psychologique épileptoïde.

Pour ces derniers sujets manifestement non épileptoïdes (cas relativement plus fréquents que les précédents), nous avons été amenée, à la suite de nos recherches antérieures [3] (1), à proposer d'autres hypothèses en partant, d'une part, de l'étude génétique de la structuration perceptive dans le Rorschach [3 b], et, d'autre part, de l'examen du contenu des réponses dites « significatives » [3 a]. Il apparaît ici, comme ailleurs, que plusieurs significations cliniques sont superposables à partir d'un même signe ou symptôme, sans exclure pour autant l'épilepsie ou épileptoïdie psychique qui peuvent coïncider.

Nous pensons par exemple aux sujets souffrant de divers conflits ou simplement dérangés « affectivement » et qui le manifestent dans les réponses symboliques telles que : « attaché », « appuyé contre », « relié » et « recollé ». C'est souvent le cas d'enfants ayant besoin — par suite de sentiments d'insécurité ou d'insuffisance — de soutien et d'encouragements, enfants parfois exagérément attachés à leur mère, ou réagissant par leurs fantasmes thématiques à la mésentente conjugale de leurs parents.

À l'opposé, des vocables à signification de « coupure » (« spaltung » de Bleuler), tels que « déchiquetés », « séparés », « coupés », et qui sont fréquemment donnés par des sujets, schizoïdes plus ou moins dissociés, ou à disposition « rationnelle » ; ils nous sont également fournis, dans le Rors-

(1) C. Beizmann [3 a-3 b, c, d].

chacun, par des enfants souffrant de contraintes diverses, déchirés dans leur lutte conflictuelle avec le milieu et traversant eux aussi une crise aiguë, bien souvent en rapport avec la dissociation familiale, notamment dans les cas où l'enfant doit choisir ou opter pour l'un des parents (1).

Nous ne pouvons nous étendre sur ces questions déjà traitées ailleurs [3 c, d], mais nos hypothèses antérieures semblent se confirmer à l'occasion de la recherche présente. Rappelons brièvement que nos travaux sur la structuration perceptive avaient mis en lumière, chez les jeunes enfants, un mode particulier d'appréhension des formes « apparemment semblable » au lien épileptique. En effet, l'enfant, dans certains cas, élabore sa réponse en procédant par *combinaisons successives* des différentes parties de la planche, c'est-à-dire par *juxtaposition*, sans égard aux relations logiques et spatiales. Nous avons également retrouvé ce mode primitif d'appréhension — à différents niveaux qualitatifs et stades de transition — chez les débiles mentaux, et encore chez des sujets par ailleurs normaux d'intelligence, mais présentant des troubles de la personnalité, notamment dans leur évolution émotionnelle et affective. (Ces derniers troubles entraînent un relâchement de la qualité perceptive et conceptuelle des réponses données au Rorschach).

Il s'avère de toute importance de ne pas confondre le procédé par *juxtaposition* avec celui du vrai *lien* adhésif qui, quant à lui, serait spécifiquement présomptif d'épilepsie ou d'épileptoïdie, alors que la survivance de modes infantiles — tant de l'élaboration perceptive que de la représentation thématique (contenu des liaisons par juxtaposition) — oriente suivant l'âge considéré vers un diagnostic d'*infantilisme* en général (mental ou affectif), voire de régression affective (2).

Notre travail présent nous amène à aller encore plus loin ; frappée par la fréquence conjointe des deux facteurs considérés : lien et appréhension par juxtaposition (celle-ci aboutissant souvent au G confabulé de Rorschach, dont il a lui-même déjà relaté la fréquence dans les protocoles d'épileptiques), recoupant par ailleurs les résultats des Rorschach avec l'anamnèse, nous

(1) C'est peut-être la raison pour laquelle nous trouvons *conjointement* un aussi grand nombre de termes de « coupure » et de « liens » dans un même protocole. Le problème des coupures que nous ne pouvons traiter ici mériterait lui aussi un examen plus approfondi, ce que nous nous proposons de faire dans un travail en cours.

(2) C'est-à-dire *retour* à des conduites inférieures à l'âge du sujet et par ailleurs *rétrogrades* par rapport au niveau atteint à certaines périodes de sa vie.

croyons pouvoir émettre l'hypothèse que l'épileptoïdie en général comporterait, elle aussi, une part de *survivance* d'attitude *infantile* (comme en témoignent les traits d'égoïsme, d'attachement excessif, d'impulsivité, etc...), mise à part, ce qui revient proprement au déterminant organique ou à la maladie — si maladie il y a — et qui retentit sur d'autres facteurs tels que : la lenteur, la mobilité, la persévérance visqueuse, l'irascibilité.

III) FACTEUR COULEUR : *C pur et ΣC* . — La labilité affective qu'exprime ce facteur apparaît dans nos protocoles d'épileptiques beaucoup moins forte que celle étudiée par Rorschach et ses continuateurs. Ceci semble s'expliquer par le fait que la plupart des sujets examinés à la consultation ont plutôt un caractère dépressif (enfants découragés, ou inhibés dans une situation générale « d'échecs »). Ce fait masquerait donc, dans une certaine mesure, les aspects proprement impulsifs ou explosifs signalés par les praticiens opérant surtout en milieu hospitalier.

Nomination couleur. — Nous avons spécialement examiné la nomination couleur (nC), considérée comme un des facteurs les plus spécifiques d'organocité cérébrale et d'épilepsie — avec la réserve, toutefois, que cette dernière n'est pas admise par tous les auteurs comme une affection d'origine organique cérébrale. (N'a-t-on pas posé, en particulier, le problème de l'épilepsie dite affective ?).

Nous avons également relevé toutes les nombreuses descriptions (dC) et remarques C (ces dernières n'ont évidemment pas toutes la même valeur, pas plus qu'elles n'ont la signification de la vraie nC ; certaines sont ambiguës ou au seuil). Elles nous semblent cependant devoir être considérées (1) et ont une valeur diagnostique certaine, puisqu'elles apparaissent très rarement dans les protocoles de sujets normaux, ou bien même dans les protocoles de sujets présentant d'autres affections que l'épilepsie.

En résumé. — Quoique nos tableaux montrent relativement peu de sujets à affects fortement « dilatés », l'extratensivité (2)

(1) En tant que manifestation d'*attirance* à la couleur et notamment d'*attraction* aux couleurs vives, le rouge en particulier.

(2) L'extratensivité dans le Rorschach, c'est-à-dire la dominance des réponses déterminées par la couleur sur celles déterminées par le mouvement, soit $K < C$.

La prépondérance des catégories C et CF sur FC (et compte tenu des remarques C ainsi que de l'*attirance* vers les C vives) indique chez nos sujets une affectivité mal contrôlée et mal adaptée à l'environnement. L'examen d'autres facteurs (DBL, BAN, etc...) vient encore renforcer la valeur symptomatique des C (tendance à l'opposition butée ou agressive vis-à-vis de l'extérieur).

domine nettement dans les trois premiers groupes, et de façon plus marquée dans celui des comitiaux et des épileptoïdes, chez lesquels les nC et les remarques C sont spécialement prépondérantes, alors que ces deux derniers facteurs sont tout à fait exceptionnellement relevés dans le groupe des « cas douteux ».

IV) MOUVEMENTS SECONDAIRES (k Rorschach). — La k secondaire a déjà été citée par Rorschach comme un facteur souvent rencontré dans les protocoles d'épileptiques. Mme Fr. Minkowska a également mis en évidence le contenu particulièrement persévérateur de ces k.

Citons quelques exemples de nos protocoles : « Rivière qui coule, fil qui traverse, animal qui monte »..., « qui descend, qui pousse, qui passe, qui tombe, se dresse, qui porte, qui part... » ;

k explosives (ou à tendance) : « volcan qui saute, feu qui jaillit, obus lancé, lance rayons, sort en jet, source jaillie de, crache du feu, projette lumière, charbon éclate, flamme flambe... ».

De nombreuses k sont dynamiques, accompagnées de *mimes* (fait indiqué aussi par Mme Minkowska), mais, contrairement à l'avis de nombreux auteurs, les k explosives sont plutôt restreintes chez nos sujets. (La plupart ont été données par des arriérés particulièrement excités et agités). Nous proposons une explication analogue à celle donnée à l'occasion de l'examen des réponses C, à savoir que nos consultants sont avant tout des dépressifs découragés, aux prises avec des difficultés scolaires et familiales.

V) TYPE D'APPRÉHENSION. — Il varie suivant l'âge et les capacités intellectuelles. (Sauf un nombre restreint d'arriérés, les sujets épileptiques examinés atteignent des quotients intellectuels se distribuant entre 104 et 127).

La comparaison des tableaux montre la prépondérance du *type Dd* (1) chez les comitiaux. Ceci confirme leur tendance à la *minutie* plus ou moins anxieuse au détriment de l'activité de synthèse.

(1) type Dd = quand dominance de réponses rarement données (indice statistique) et concernant, le plus souvent, de petits détails de la tache ;

type D = quand dominance de réponses fréquemment données (indice statist.) et concernant, le plus souvent, de grands détails de la tache ;

type G = quand dominance de réponses globales (ensemble de la planche).

En second lieu, nous constatons la fréquence du type *D Dd*, indice d'une mentalité plutôt concrète. Néanmoins, le type *G* est représenté chez un certain nombre de sujets.

Les *G* confabulés (*D/G*) n'ont pas apparu chez les épileptiques aussi fréquemment que le signalent les tableaux classiques. Nous trouvons par contre un certain nombre de *G* combinés-confabulés — que nous désignons par « *G* à retardement » (*DD > G*) — obtenus soit par juxtaposition de détails, soit par liens épileptiques. Sal y Rosas a également relevé la fréquence chez les épileptiques de ces *G* combinés [13].

La lecture attentive de publications comportant des protocoles Rorschach d'épileptiques nous a permis de constater que les auteurs ne mentionnent pas la distinction qui doit, à notre sens, être faite entre le *D/G* et le *DD > G*. Il s'agit pourtant, dans les deux cas, d'un processus perceptif dissemblable et, partant, de signification différente.

Par exemple, un sujet dit « un diable » (*G*), parce qu'il a vu des cornes (*D* ou *Dd* isolé), ou « écrevisses » (*G*), parce qu'il a vu des pinces ; ce sujet a procédé d'une façon différente de celui qui, après avoir énuméré les différentes parties de la planche et les avoir interprétées comme « cerises, gâteaux, gigot, serviettes, taches de vin sur la nappe, etc... », propose en synthèse finale : « repas de fête » (ce *G* à retardement — extrait du protocole d'une fillette de 11 ans — est donc obtenu par la juxtaposition et l'addition de différentes parties de la planche, chacune formant un détail dont la forme est tantôt +, tantôt —).

Autre exemple, dont le niveau de combinaison est supérieur au précédent. Réponse donnée par une adolescente : « herbe, fontaine (centre), fronton, etc... », ça pourrait faire « une affiche pour ville d'eau... » (pl. IX).

Que la réponse *G* soit finalement obtenue par liaison ou par juxtaposition, elle peut néanmoins se justifier objectivement, même si elle est constituée par l'addition de réponses isolées *D F* —, alors que la réponse *D/G*, elle, peut rarement être justifiée par l'ensemble de la planche (*G*), même si la partie de la tache (*D*) qui est à l'origine de l'interprétation est une forme vraisemblable et même une *F+*.

Ainsi, par exemple, il n'est possible de voir, dans l'ensemble de la planche I ou IX, ni une écrevisse, ni un diable ; cependant, les pinces ou les cornes (qui sont au point de départ de ces réponses) sont acceptables, et le plus souvent *F+*.

Par ailleurs, le D/G est un mode d'appréhension immédiat, intuitif, donc superficiel, beaucoup plus syncrétique que le G à retardement. *La confusion entre la partie et le tout*, qui en est à l'origine, témoigne justement de l'incapacité du sujet (pour des causes mentales ou affectives) à analyser les parties de la tache. Le D/G appartient donc, au point de vue des processus perceptifs et intellectuels en jeu, à un niveau plus bas que les G retardés combinatoires.

Dans le G à retardement (DD > G), le sujet procède tout à l'inverse du précédent : partant de détails concrets, morcelés, — plus ou moins hétéroclites, certes, au point de vue de nos critères logiques —, il les amalgame successivement (après une analyse correcte ou non) et cherche activement dans un temps qui se prolonge (que l'effort lui en soit pénible, ou qu'il s'accompagne de joie ludique) à aboutir au G.

Des distinctions typologiques se fondent sur la nature des différents modes d'appréhension. C'est pourquoi nous insistons sur la nécessité d'une correcte distinction des processus d'élaboration des réponses G dans le Rorschach ; elle seule peut permettre de caractériser différentes orientations d'esprit et de mentalité. Nous nous proposons justement de le faire ici en étudiant spécialement la mentalité de l'épileptique.

VI) CENTRES. — La fréquence des réponses s'inspirant de la ligne médiane vient confirmer notre hypothèse de départ ; elles apparaissent effectivement plus nombreuses dans le groupe des comitiaux. Nous ne croyons cependant pas que ce facteur soit directement lié à l'épilepsie, c'est un facteur secondaire comme les ANAT (réponses anatomiques) qu'il renforce. Il exprime l'intense besoin de *stabilité* morale et émotionnelle de nos sujets. Inutile d'insister ici sur leurs handicaps d'adaptation, tant sur le plan familial que dans le milieu social. Ils en souffrent d'autant plus qu'ils sont très *attachés* à l'un et à l'autre. Symboliquement parlant, le *centre* est encore un « *lien* » et un appui ou un soutien.

Les difficultés d'adaptation que rencontrent les épileptiques sont en rapport avec leur infirmité même (crises) et certains aspects propres de leur personnalité. Les centres, ainsi que d'autres facteurs du Rorschach (1) confirment le côté négatif de leur caractère : anxiété, irascibilité, indocilité butée (opposition et entêtement), fort sentiment d'insuffisance, dépression, lenteur et

(1) Voir page 18.

viscosité, ruminations sur le passé vécu. Des traits plus positifs compensent un peu les précédents : minutie et scrupule, bonne volonté avec adhésion tenace (quand l'instabilité psycho-motrice n'est pas trop prépondérante), ambition scolaire, politesse obséquieuse, moralisme.

VII) CONTENU (ANAT, GEO, etc...). — L'abondance de réponses anatomiques (relevée dans les trois premiers groupes) confirme les fortes tendances hypocondriaques de l'épileptique, ce qui a d'ailleurs été signalé par de nombreux auteurs.

Aux multiples réponses ANAT (souvent centrales), données par nos sujets, on peut ajouter les nombreuses réponses GEO (géographie) ; celles-ci sont en général fournies par les sujets chez lesquels se pose un problème scolaire et qui tiennent beaucoup à faire valoir, dans ce domaine, leur bonne volonté, ainsi que leurs acquisitions récentes. L'épileptique est en effet soucieux d'être un « bon élève » (même s'il n'y parvient pas) et plus tard un « bon ouvrier ». Son sentiment d'infériorité, sa méfiance vis-à-vis de ses capacités intellectuelles — compromises quelquefois par sa maladie — le rendent scrupuleux à l'excès, mises à part les tendances proprement adhésives qui interviennent dans son attitude scrupuleuse.

Nous avons enfin constaté, mais relativement moins que ne l'a indiqué Guirdham, un certain nombre de réponses géométriques, de réponses « sexuelles » et de remarques, désignées par « références personnelles » (celles-ci accompagnant les réponses). Remarquons que ces facteurs ne sont pas uniquement spécifiques de l'épileptique.

VIII) QUALITÉ DES FORMES $F+$ %. — Le % de bonnes formes ($F+$) est en général très bas chez les épileptiques, ce qui indique une pensée confuse, peu précise, malgré l'attrait minutieux pour les petits détails insignifiants.

IX) BANALITÉS (Ban %). — Nous avons été particulièrement frappée par l'insuffisance très nette de réponses dites *banales* (c'est-à-dire statistiquement les plus communes) ; il apparaît donc que la pensée de l'épileptique est mal adaptée à la pensée collective et aux conventions sociales. Ce problème mériterait également d'être approfondi.

Résumé général

De la présence manifeste des principaux facteurs que nous venons d'analyser et dont l'ensemble constitue le tableau Rorschach de l'épileptique, nous pouvons dégager les traits de personnalité suivants.

	<i>Facteurs Rorschach</i>
Lenteur de perception et d'idéation.	{ Temps (T, t, latence).
Adhésivité persévérante.	{ Persévération, liens.
Iracibilité, impulsivité.	{ Réponses C, CF, nC ;
Egocentrisme affectif, variations de l'humeur, affectivité infantile.	{ $\Sigma C, C', E, RI$.
Opposition butée ou agressive.	{ Dbl, V (retournements).
Tendance à la minutie scrupuleuse et intérêts concrets, mais variés.	{ Type Ed, Ddbl, DD > G. A % faible, contenu varié.
Mentalité combinatrice ou constructive partant du concret, plutôt qu'intuitive.	{ DD > G.
Imagination peu plastique, attitude ludique et disposition à la « fantaisie » plutôt restreinte.	{ Persévération, contenu concret, attitude plus perceptive qu'interprétative.
Pensée à la fois confuse et minutieuse du détail.	{ F+ % bas, Dd élevés. F indéterminés ($\pm$),
Pensée mal socialisée.	{ Ban % bas.
Traits névrotiques dominants : inquiétude des maladies (tendance à l'hypochondrie), appréhension des chutes, des échecs (complexe scolaire).	{ Contenu (Anat. Géo.). Centres et coupures, fe', E, attitude scolaire.
Sentiment d'infériorité, besoin de soutien, d'appui tant physique (matériel) que moral ; tendances dissociatives.	{ Centres, Anat., formes « géométriques », contenu de « coupure » et de « lien ».
Tendances dépressives et agressives, anxiété diffuse, latente.	{ E, Clob, contenu (lutte, dispute, craintes, etc...).

Conclusions

En dépit du nombre relativement limité des cas étudiés, nous croyons que cette étude apporte des critères de comparaison valables.

Deux problèmes restent en suspens.

1° Celui concernant la *divergence des auteurs*, relative aux facteurs considérés comme significatifs (ou valeurs symptomatiques de l'épilepsie). Or, la divergence des résultats entre divers praticiens ne proviendrait-elle pas de l'échantillonnage qui diffère entre le laboratoire, l'hôpital et la clientèle privée des spécialistes ? En effet, les familles venues consulter au laboratoire (consultation médico-psychologique, voire pédagogique) ont fait examiner l'enfant pour tout autre motif que l'épilepsie. (Il s'agissait pour la plupart d'entre eux de troubles du caractère, de conduite délictuelle, ou simplement d'échecs scolaires et d'examens en vue d'orientation d'études ou bien d'ordre professionnel). Leurs résultats sont-ils comparables à ceux obtenus dans les services hospitaliers où dominant, au regard de nos cas frustes, des cas beaucoup plus pathologiques — rappelons que la majorité de nos sujets n'ont présenté qu'une unique crise convulsive dans la première enfance, ou une seule crise comitiale plus tard.

Remarquons aussi que la plupart des travaux concernant les Rorschach d'épileptiques comportent une majorité de déments et de débiles (à divers niveaux) parmi les sujets étudiés (1).

La cause de l'épilepsie elle-même (région et nature des lésions cérébrales) peut également intervenir pour donner un aspect particulier au tableau Rorschach. (Les cas que nous avons étudiés ne nous permettent pas encore de faire des différenciations à ce point de vue).

L'attitude parentale n'est pas non plus à négliger, tant au point de vue de l'influence qu'elle exerce sur l'enfant que dans la manière dont s'établissent les rapports avec le médecin, et qui se reflètent dans la situation psychologique elle-même (tests). Ainsi, dans la perspective *médicale* : les parents inquiets se montrent plutôt indulgents vis-à-vis de l'enfant, considéré en malade ; tout autre est leur comportement — et celui de l'intéressé — dans la perspective *éducative*, où ils ont plutôt tendance, excédés qu'ils sont, à charger celui-ci et à grossir les traits de caractère pour lesquels ils viennent se plaindre ou chercher remède. L'enfant réagit donc différemment dans ces deux situations différentes d'examen. Le Rorschach, de même que d'autres épreuves, reflète ici encore les traits de caractère ou de personnalité particuliers à l'une et à l'autre : l'enfant apparaît, par exemple, plus hypochondriaque dans un cas, plus opposant et rebelle dans l'autre.

2° *Problème des Rorschach dits négatifs*, c'est-à-dire ne comportant aucun des signes présomptifs d'épilepsie ou même indi-

(1) C'est le cas de l'excellent travail de Guirdham [6].

quant des traits opposés relevant, par exemple, de dissociation psychique et de disposition schizoïde.

Ne pourrait-on en donner l'explication suivante : un sujet même épileptique n'est pas qu'épileptique, il est bien d'autres choses encore. D'autres composantes de sa personnalité, peut-être momentanées (état obsessionnel, dépression, anxiété, hypomanie : nous en avons un cas typique parmi les sujets étudiés), peuvent *masquer* dans le Rorschach celles qui relèvent de l'épilepsie.

Rapportons à ce propos un fait, au premier abord paradoxal, signalé par le Dr Ganidel (1) et Mme Helman (2) : le tableau épilepsie est quelquefois plus caractéristique chez le malade amélioré, ou présentant des troubles frustes, que chez celui en pleine évolution. Ce fait se constate aussi dans les Rorschach de traumatisés crâniens, chez les séniles et arriérés mentaux, qui tous donnent des protocoles Rorschach dits très « *pauvres* », c'est-à-dire caractérisés par l'absence de la plupart des facteurs, ce qui restreint évidemment les possibilités diagnostiques, en dehors de celle de forte présomption d'organicité ou de détérioration mentale.

Le fait mentionné par les auteurs cités plus haut expliquerait sans doute les nombreux facteurs suspects d'épilepsie que nous avons relevés chez les sujets (cas frustes au point de vue pathologique) examinés par nous-même, — notamment les sujets convulsifs —, alors que parfois les épileptiques affirmés, étudiés par d'autres auteurs, ne présentent pas le tableau typique de leur affection. Ici se pose également le problème des sujets fortement gardénalisés, ce qui contribue encore à masquer peut-être certains aspects caractéristiques du Rorschach.

Terminons cet exposé par quelques suggestions.

1° Nécessité, pour élucider véritablement le problème de la personnalité de l'épileptique, du travail en *équipes*, qui permettrait (en rassemblant des milliers de cas, ce qui s'avère impossible à chacun de nous) d'envisager toutes les sériations possibles au point de vue :

des âges ;

des niveaux intellectuels et culturels ;

(1) Au cours d'une communication faite au groupement français du Rorschach.

(2) HELMAN (Z.). — Test de Rorschach et examen électro-encéphalographique chez l'enfant dans des cas limites d'épilepsie. *Enfance*, 4, 1953, p. 265-290.

selon la nature, le siège des lésions et l'aspect des crises ; suivant les comportements, etc...

Ainsi serait délimitée la part qui revient à chacun de ces facteurs (non seulement dans l'épreuve isolée du Rorschach, mais à l'occasion de multiples examens et observations cliniques).

2° D'autre part, au lieu de se fixer à chercher des concordances, il s'avérerait non moins utile d'approfondir les cas où il y a justement *contradiction* entre les divers examens. Ceci apporterait peut-être la clef du problème qui, à l'heure actuelle, paraît des plus complexes, sinon contradictoire, et cependant des plus intéressants en clinique psychiatrique.

Nous sommes prête à apporter notre concours au cas où des recherches de ce genre seraient entreprises.

Démonstration de cas

Nous présentons ici le texte intégral du Rorschach de Pierre, âgé de 12 ans, en y joignant un court résumé de l'anamnèse et de l'observation.

Ce cas a été choisi parce qu'il allie aux caractéristiques de l'épilepsie certains traits névrotiques, parmi lesquels domine notamment l'*infantilisme régressif* que nous avons mentionné au cours de notre travail. (Il est bien entendu que nous utilisons le terme de « régression » affective uniquement lorsque l'anamnèse apporte la preuve d'un changement de caractère tel que le *retour* — avec une certaine constance — de conduites ou d'attitudes, non seulement infantiles par leur caractère rétrograde même, mais primitivement dépassées, par le sujet considéré, à certaines périodes de sa vie. A défaut de cette preuve par l'anamnèse, nous nous bornons à enregistrer les indices plus ou moins infantiles, tels qu'ils se révèlent dans le Rorschach).

Par ailleurs, ce Rorschach émane d'un garçon intelligent qui, malgré les crises fréquentes, réussit dans certaines matières scolaires, celles qui l'intéressent, notamment les mathématiques.

Le cas présenté ici offre donc la possibilité de discriminer dans le Rorschach les aspects névrotiques insérés dans le tableau épileptique et permet aussi de confronter les résultats fournis par un épileptique d'intelligence normale avec ceux donnés par d'autres auteurs, ayant trait à des groupes comportant souvent des sujets arriérés ou déments.

Antécédents personnels. — Naissance : forceps. Pas de convulsions dans la première enfance ; développement normal jusqu'à 4 ans.

Vers 4 ans : mastoïdite ; à 4-6 ans : bacillose pulmonaire.

A 7 ans : mastoïdite aiguë, accès fébrile (41°), paracentèse.

Alors que l'enfant se montrait jusqu'alors doux, sensible, timide, son caractère commence à s'altérer vers 10 ans et vers 11 ans apparaissent les crises qui sont d'aspect variable :

quelquefois prennent la forme de crises épileptiques classiques (celles-ci ont été précédées quelques mois auparavant par des prodromes à forme de crises anxieuses — manifestations épisodiques de terreurs diurnes et nocturnes —, par de l'excitation verbale et des symptômes prémonitoires) ;

d'autres fois, crises à début brava-jacksonien (le sujet tourne sur lui-même, en même temps quelques secousses du bras en flexion) ; cette seconde forme de crise peut se produire sans abolition complète de la conscience ;

parfois les crises convulsives sont remplacées par des auras psychiques : crises d'angoisse consciente.

Une ventriculographie, faite vers 12 ans dans le Service de la Pitié où l'enfant aurait été hospitalisé, détermine une intervention chirurgicale et l'enfant y est traité.

Au moment des examens à la consultation du professeur H. Wallon, les absences alternent avec des crises fréquentes (7 à 8 nocturnes et plusieurs dans la journée). Le caractère de l'enfant devient de plus en plus difficile : exigeant, contradictoire, taquin, irritable, hableur, indiscipliné, méchant et agressif (frappe sa mère). On signale son appréhension des microbes, et par ailleurs qu'il est gaucher.

Antécédents familiaux. — Chez les parents, pas d'antécédents pathologiques signalés.

La sœur aînée du garçon a présenté des convulsions (une seule crise à 22 mois à l'occasion de percée dentaire), des absences à deux reprises : 7 et 12 ans ; aurait été sujette à des contractures (?) ; sommeil agité et crises d'insomnie vers 12 ans, traitement glandulaire prescrit.

Il y aurait eu retard de la parole ; il subsiste encore une légère difficulté d'élocution. Lenteur, apathie, serait très collectionneuse.

Echecs scolaires et professionnels ; elle a cependant obtenu son certificat d'études.

Les tests (subis à l'âge de 16 et de 19 ans) indiquent un retard mental, un comportement et des résultats discordants (dispersion entre 6 et 14 ans).

Observation de Pierre. — *Attitude et comportement* au cours des examens de laboratoire : au cours du Rorschach :

Le garçon se montre rapide au point de vue de l'élocution verbale et de la productivité générale (nombre de réponses), ceci malgré

l'allongement du temps de latence encore accentué par de nombreux commentaires et par l'attitude négative d'opposition.

Il présente une grande instabilité posturale : il se met à genoux sur la chaise en disant préférer cette position, se lève plusieurs fois et essaye de prendre les planches (matériel) avant que l'expérimentateur ne les lui présente.

De nombreux encouragements lui sont donnés pour l'inciter à poursuivre l'épreuve qui « l'ennuie », dit-il (il menace plusieurs fois d'interrompre). Il montre d'ailleurs une opposition marquée : par exemple, malgré de discrètes remarques de l'expérimentateur, il indique les localisations, sans se servir de l'estompe (qu'il tortille entre ses doigts et déchire nerveusement) et raye à plusieurs reprises la planche en appuyant fortement sur celle-ci ; il la tient souvent verticalement, la cachant ainsi à l'expérimentateur.

Vers la fin de l'examen, il présente une attitude équivoque (manifestations d'excitation génitale) ; sa mère, interrogée plus tard, dit n'avoir jamais remarqué de masturbation, bien qu'elle soit attentive à observer son fils, guettant anxieusement les crises. Elle signale que celles-ci sont souvent précédées ou suivies d'angoisse.

Comportement ultérieur : Après un court repos, le garçon consent à faire un nouveau jeu (test). A peine installé dans une autre salle, avec un nouvel expérimentateur, il pâlit, se penche en avant et balaye d'un revers de main la table, projetant l'encrier dans la pièce. La crise passée (absence), il répond normalement aux questions, dit être fatigué, mais l'état de torpeur se dissipe peu à peu.

Revenu dans le secrétariat où sa mère l'attend et l'attire dans ses bras, il se laisse cajoler et bercer ; elle le prend sur ses genoux, il change immédiatement de position, il s'assied à califourchon, lui faisant face et se pressant contre elle.

L'examineur lui apporte alors une tasse de thé, la mère lui donne à boire à la cuillère (il reste toujours dans la même position). Il se laisse ensuite passivement remettre par elle ses effets (capuchon et écharpe qu'elle lui enroule autour du cou) sans esquisser un seul geste d'aide. Il manifeste cependant quelques mouvements d'humeur et d'impatience pendant qu'elle boutonne jusqu'en bas sa vaste pélerine et lui couvre la tête.

En résumé : Nous constatons l'attitude d'un enfant gâté avec excès (indulgence en liaison avec la maladie) ; le garçon tour à tour tendre, autoritaire et tyrannique avec sa mère, montre au cours des tests qu'il n'a pas l'habitude de se plier aux contraintes extérieures.

Malgré sa grande instabilité et son opposition, les résultats des tests, en général, témoignent d'une intelligence un peu supérieure à la normale. (Les résultats du Rorschach, en particulier, sont indiqués à la suite du protocole que nous donnons ici intégralement).

	PROTOCOLE	COTATION	2 ^e PRÉSENTATION ET ENQUÊTE
Pl. I..... ^	(Latence prolongée). Elle est <i>traversée</i> au milieu par une <i>ligne</i> noire, au milieu. C'est pas une tache d'encre.	Description. Centre. Négation.	
1.....	Il y a des points blancs, des îles, au milieu il y en a 4. (15) Y en a peut-être d'autres... ici (montre minuscule Ddbl).	DBI, F— Géo. (1)	(Hes ?). « Blanc dans noir, entouré d'eau de tous côtés (?), c'est le noir: l'eau. » (DBI/G = renver- sement inhabi- tuel).
	C'est pas une tache d'encre, c'est tout symétrique, sauf ici, ça a l'air un peu symétrique (fait une démonstration de tache pour ex- pliquer symétrique).	Critique. Remarque. Sym.	
2.....	Une <i>gueule de loup</i> , de chaque cô- té, mâchoire, oreilles, il y en a deux. (11 + 1)	D F + Ad	
	Elles sont symétriques les îles. Ça peut pas être des îles.	Répétition Sym. Négation	
3. >.....	Ça a l'air d'être une <i>ombre chi- noise</i> , c'est noir, tout le noir. Il n'a pas d'œil, le loup.	G Clob F (ou EF ?) Ombre, dessin. Critique	« Pq. bl, sur noir (?), grisaille. » (retour en arriè- re).
4.....	Ça a l'air du bout d'une <i>carlingue</i> d'avion. (extr. 30) J'ai tout vu (tend pl.) (besoin épu- iser pl.), y en a beaucoup com' ça ?	Dd F— Avion Remarque, inter- rog.	
Pl. II.... ^	(Latence). On dirait qu'il y a de l'encre rou- ge, de l'encre noire, et ça <i>s'est marié</i> .	(?) « Noir et rou- ge ».	Descr. C — E
5.....	Ça des <i>poumons</i> de l'homme (24 × 2), pas le milieu (exclu bl. cen- tral 20). On dirait les côtes (marbrures).	(?) « Comme une radio, c'est plus noir qu'une ra- dio, on voit trace des côtes dans poumons »	D FE — Anat Sq.
6.....	Là, on dirait une <i>raie</i> . (20)	« Sa forme ».	Dbl F + A
7. >.....	Là, on dirait une <i>jetée</i> dans le blanc ou un port (2 traits ht dbl 20). Rien d'autre, je commence à en avoir assez !		Dd/bl F + Pays Remarque

(1) Nos localisation de BECK, 1937 [2] sont indiqués ().

	PROTOCOLE	COTATION	2 ^e PRÉSENTATION ET ENQUÊTE
Pl. III...	On dirait 2 « reg » (télescopage), 2 <i>renards</i> qui se regardent, avec œil au milieu, 2 têtes. (14)	Dd F+ Ad	
8.....			
9 {	La <i>botte italienne</i> , ou encore (4)	D F+ Géo pte	
10 {	un <i>crocodile</i> . (4)	D F— A pte	« F et longueur ».
11. <.....	2 trucs sym. <i>reliés</i> , et là un rond, on dirait des moitiés de <i>roues</i> . (7)	Sym. D F— Obj Géom	« Le trou au mi- lieu si on chan- geait de côté, ça ferait une roue. »
	Sur le bord, le noir est moins vif.	Desc.	
12.....	Oh ! là, on dirait un <i>pic</i> de rocher. (25)	Excl. Dd F± Rocher pte	
13.....	On dirait des <i>îles</i> . (4)	D F— Géo PERS. pte	« Entourées d'eau de tous côtés ».
14.....	On dirait des <i>peupliers</i> (prolong ^t 16). Autre côté pareil, c'est tout.	Dd F± Bot pte Sym.	« Leur forme, haut ^r , moins noir ».
Pl. IV...	(Latence prolongée). C'est fragile ces planches ? Rien du tout ! Oh ! j'sais pas !	Interrog. Excl. Nég. —> Refus	« Corps sans ten- tacules ».
15. ^.....	Oh ! « ouais », on dirait une <i>pieu- vre</i> , corps tout le noir, v'là les yeux.	G F+ clo A	
16.....	Oh ! on dirait des <i>pieds</i> , godasses avec de la boue (où ?) <i>sous</i> les talons, pardi ! (5)	Excl. Do F+ Hd (Obj)	« Bottes avec boue » (répri- me K. H.).
Pl. V.....	On dirait que c'est 2 <i>crevasses</i> , le noir (6), 1 <i>pic</i> (dbl) au milieu de 2 rochers abrupts. (6 × 2) Le blanc qui rentre : c'est le <i>pic</i> . C'est tout.	D F— rochers bl centre pte —> clob (contenu) Renvers ^t	« Crevasses noi- res (6) qui ren- trent dans le <i>pic</i> » (blanc).
Pl. VI....	On dirait un <i>fuseau</i> . (16)	D F+ Obj centre	« De carlingue d'avion, non : une torche ».
18 ^> V..			
19 ^.....	Tiens, on dirait une <i>raie</i> ! moins sa tête, elle serait ici (en bas) (la tête). (18)	D (G) F— A	Pq. « forte, pla- te », « papil- lon » (12).
Pl. VI..	Tiens, on dirait un <i>ours</i> , s'il n'y avait pas ce truc-là... moitié d'ours, la tête si vous aimez mieux. (2 ^e tiers, exclu 1) (5)	D F+ Ad	Descr. parties : « ...dents, nez, yeux ». Pq. « massif ».
20 ^ >..			

	PROTOCOLE	COTATION	2 ^e PRÉSENTATION ET ENQUÊTE
Pl. VIII. ^	(Latence prolongée). Il y a toutes les couleurs ! Y a du jaune, jaune-orange, du rouge..., noir, couleurs encore plus som- bres..., etc...	Exc. Nom. C	
21.....	Là, y a un <i>sanglier</i> ou une hyène. (10)	D F+ A BAN	« Animal féroce ».
22.....	Une <i>tête</i> , avec des mâchoires... de chien, un phoque, non (6)	D F+ Ad Nég.	
23. ^....	Là, on dirait des <i>poumons</i> encore, tout le blanc. (3)	Dbl F+ Sq. impréc. formul. PERS.	« Avec les côtes ». « I fuseau » (centre h ¹) PERS.
Pl. IX.... ^	(Latence prolongée). Ça commence à diminuer ! Je ne vois rien du tout, à part qu'il y a de la couleur (répète 2 fois).	—> Refus Remar. Remar. Cr.	« Y a toutes les C. ».
24.....	Là, une <i>tête d'homme</i> , en rouge. (9)	D F+ Hd BAN (évent. FC ?)	Pq. « tête rouge ».
25 >V..	Un grand <i>fuseau</i> , au milieu. (17)	D F+ Obj PERS centre	
>.....	On dirait que c'est <i>partagé</i> au mi- lieu, c'est tout.		« Torche » PERS.
Pl. X.... 26. ^....	Tiens, une <i>tête de lièvre</i> avec des yeux rouges, avec ses 2 oreilles, 2 yeux et bouche. (12)	D FC+ Ad BAN	
27.....	On dirait un <i>animal féroce</i> (3), 2 animaux féroces qui se mettent <i>contre</i> un arbre, <i>s'appuyent</i> cha- cun de leur côté <i>contre</i> un ar- bre (1). (19)	Répétition Dz F + A Bot Cen- —> (kan) [tre	« animal chiméri- que ».
28. <.... ^	Là, on dirait une <i>queue</i> , un <i>renard</i> qui emporte un autre animal <i>sur</i> sa tête (dr.). (11)	Dd ↓ D FE A ORIG	(De qui ?) « De celui qui est emporté ».
29. ^.... V	Là, il y a trois points symétriques <i>reliés</i> par un trait, ça forme un peu à l'envers comme une <i>coupe</i> , c'est tout. (5)	Descr. Géom. sym. D F± Obj	(?) Verre à pied de Bordeaux, champagne.

= 29 R. en 20°. — Moyenne : 44", plus NC.

Ses impressions : « Ça m'a plutôt ennuyé, pas plu (?), parce que trop long, il faut décrire, je n'aime pas décrire, ni inventer. »

Préférences : « Les planches noir et blanc (?), parce que plus simples ».

(Choix planches VIII à X) : la X^e parce que « plus de couleurs et de variétés, et parce que (a vu) un loup et des animaux féroces ».

Préfère « le jaune » (X).

Conditions de l'examen

Consigne donnée : le sujet est invité à dire ce qu'il voit, et à l'indiquer avec l'estompe. L'expérimentateur n'intervient pas à la première présentation, sauf pour demander (par un signe de tête interrogatif) l'emplacement de l'aire interprétée (si le sujet ne l'indique pas spontanément).

Légende des abréviations

Sym. : symétrie.

Desc. : description (sans interprétation).

nc. : nomination couleurs, d^e.

(1...) : numéros de localisation de Beck 1937.

pte : pointe.

PERS. : persévération.

« » : réponse du sujet à l'enquête qui suit la 2^e présentation des planches.

→ tendance.

(?) : question de l'expérim^r.

^ v > < orientation de la planche.

inter. : interrogation du sujet.

Analyse du Rorschach

Ce protocole met en évidence un certain nombre de facteurs assez caractéristiques du tableau Rorschach de l'épileptique, facteurs correspondant aux traits de personnalité étudiés dans notre exposé et que nous allons retrouver ici :

Durée normale, si nous en considérons le temps moyen de réponse, mais la latence — soit la mise en train à l'occasion de la présentation d'une nouvelle planche — est relativement longue, prolongée encore par des descriptions, des informations, et une attitude d'ergoterie, d'opposition.

Le mode d'appréhension : D Dd, ainsi que le faible % de bonnes formes (60 % F+) sont en faveur d'une intelligence concrète dominante (G tout à fait insuffisants) et d'une pensée à la fois imprécise (F—) et quelque peu indisciplinée (succession relâchée). L'instabilité psycho-motrice et pour une grande part la variabilité de l'humeur peuvent expliquer la concentration défectueuse de l'attention et l'absence d'effort du sujet. Sa pensée se montre peu méthodique (succession et inégalité de la productivité suivant les planches) et insuffisamment adaptée à la pensée commune (3 BAN, % bas).

Son opposition butée et la résistance — aux contraintes en général, et à l'examen en particulier — se manifestent par les remarques et informations (type raisonneur), les exclusions critiques de détails, le négativisme (rejet de ses propres réponses), les interprétations de lacunes (Dbl, et ceci, dès la présentation de la première planche), les retournements systématiques (à partir de la quatrième), et les nombreuses persévérations de réponses et de concepts (voir plus loin).

Son activité capricieuse, irrégulière, mal intégrée dans des buts actualisés et délimités, est mise en relief par de nombreux facteurs négatifs (succession, productivité inégale, % F+ peu élevé, G réduits, nC).

L'examen des déterminants fait ressortir une rétraction devant les stimuli K et C (ce qui est fréquent chez les épileptiques et en particulier chez les gardénalisés), mais nous relevons par contre plusieurs nominations couleur (nC), ainsi que des remarques C (ce qui est habituel chez les jeunes enfants, mais surtout typique chez l'épileptique comme : indice « d'injure du cerveau » (pl. I, II, VIII, IX).

L'insuffisance de maturité affective est marquée par l'absence de réponses K, alors que le sujet donne deux kan., et un kob.

Les deux réponses FC indiqueraient des possibilités d'adaptation des affects (pôle des contacts affectifs extensifs), mais ces dispositions sont entravées par des réactions émotionnelles où dominent l'impulsivité mal maîtrisée (nC), des variations de l'humeur avec tendances dépressives (EF, réponses estompées), anxieuses (Clob F), et agressives latentes (nC, Dbl, contenu).

L'affectivité se montre donc, par certains côtés, infantile et insuffisamment contrôlée par des facteurs de maturité (absents : K, ou faiblement représentés : G, F+ %).

Le sujet ne fait pas preuve ici de disposition imaginative particulière (attitude souvent plus perceptive qu'interprétative), il reconnaît d'ailleurs sa répugnance pour « inventer ». (Les thèmes de ses dessins, par exemple, sont empruntés à des scènes burlesques assez banales, telles qu'on les trouve dans des journaux humoristiques).

La variabilité des intérêts apparaît normale (indice de « stéréotypie », soit A % : 40), elle manque cependant de plasticité : le sujet doit se montrer souvent « rabâcheur », crampon, obstiné, tant sur le plan intellectuel qu'affectif. Il veut avoir raison à tout prix et devient irascible avec des décharges coléreuses si on ne lui cède pas (origine de ces présomptions : persévérations abondantes, nC, Dbl, RI).

Nous nous arrêtons sur les différents types de persévération constatée dans ce protocole.

1. Persévération dans la formulation (sous forme négative, attirance par la symétrie).

2. Adhésivité spatiale (pl. III, réponses 9 et 10).

3. Persévération formelle (pl. III, V, X) (attire pour les formes pointues, telles que « fuseau, pics, peuplier, botte, crocodile », etc... ; ou bien pour les formes rondes, telles que « roue, coupe »).

4. Persistance de certaines réponses telles que « îles, carlingue, fuseau, crevasse, renard », ou d'attribut : « féroce ».

5. Emploi fréquent de conjonctions de « lien » et de verbes adhésifs exprimant le contact :

Rép. 16 : *avec* de la boue »,

— 17 : « un pic au *milieu de* »,

— 26 : « une tête de lièvre *avec* des yeux, avec... »,

— 27 : « *contre* un arbre »,

— 28 : « *sur* sa tête »,

— 7 : « *jetée* » (c'est-à-dire un petit pont), « ça c'est *marié* ».

— 11 : « deux trucs symétriques *reliés* »,

— 17 : « qui *rentrent dans* le pic »,

— 27 : « *s'appuient* chacun de leur côté *contre* un arbre »,

— 28 : « *emporte sur* sa tête... animaux *entremêlés* »,

— 29 : « trois points... *reliés* par »...

Les tendances anxieuses et le sentiment d'insécurité dont souffre le sujet sont indiqués par l'attirance qu'il montre pour l'aire médiane de la planche (centre) et les réponses déterminées par l'impression diffuse du noir (« ombre chinoise, c'est noir »), ou par des contrastes noir-blanc, « crevasses et rochers abrupts » ; cette dernière réponse est particulièrement significative ici, non seulement par son contenu symbolique même, mais parce que l'appréhension du sujet est à l'inverse de la vision habituelle : c'est en effet le creux qui est généralement vu dans le blanc (DbI) et les rochers dans le noir, alors que ce sujet interprète le « pic rocheux » dans le blanc et la « crevasse » dans le noir.

Enfin, l'examen du contenu parle en faveur de tendances batailleuses, sinon agressives (animaux féroces dominants, rép. 28), hypochondriaques (Anat. F—) et vient aussi confirmer les indices d'anxiété latente décelés par les facteurs formels du Rorschach.

Signalons que le retest (pratiqué deux années plus tard), montre un protocole de structure assez semblable, mais cependant fortement appauvri (R.I. plus rétractée). Le ralentissement de l'idéation est cette fois nettement appréciable ; de même, les signes de dépression et d'anxiété ont augmenté avec l'apparition de traits de méticulosité (type d'appréhension Dd dominant). Ainsi les facteurs d'inadaptation ont donc progressé.

BIBLIOGRAPHIE

1. BARUK (H.). — *Précis de psychiatrie*, Masson, 1950, p. 298.
2. BECK (S.). — Introduction to the Rorschach Method, *American Orthopsych. Ass.*, 1937.

3. BEIZMANN (C.). — a) La méthode de Rorschach, dans *Etude objective du caractère. I.N.O.P.*, 1947, p. 58 ;
 b) Niveau structural et test de Rorschach. *Revue de morpho-physiologie humaine*, 1950, n° 14, fasc. V, p. 37 ;
 c) Les dénivellations de la personnalité chez l'enfant exprimées par les tests. *Enfance*, 1952, n° 2, p. 154 ;
 d) Les phénomènes de contraste dans leurs rapports avec la régression affective. *Bulletin groupement français du Rorschach*, 1953, n° 3, p. 4.
 4. BOHM (E.). — *Lehrbuch der Rorschach Psychodiagnostik*, Hans Huber, Berne, 1951.
 5. EUZIERE (J.), LAFON (R.), FAURE, SARDE et PIÉRANDREI. — L'état mental des épileptiques vu à travers les tests projectifs de Rorschach et de Laewenfeld. *Psych. clinique*, comptes rendus du congrès de psychiatrie de Paris, Hermann, 1952, p. 140.
 6. GUIRDHAM (A.). — The Rorschach tests in epileptics. *J. Ment. Sc.*, 1935, p. 870.
 7. KLOPPER et KELLEY (D. M.). — *The Rorschach technique*, World Book Co, Yonkers-on-Hudson, New-York, 1942-1946, p. 376.
 8. LEME LOPEZ (J.). — Les problèmes généraux de la psychologie de l'épilepsie. *Revue de psychologie appliquée*, t. 3, n° 3, 1953, p. 176.
 9. MARCHAND (L.) et AJURIAGUERRA (J. de). — *Epilepsies*, Desclée de Brouwer, Paris, 1948, p. 219.
 10. MINKOWSKA (Fr.). — Le test de Rorschach dans l'épilepsie essentielle. *Annales médico-psychologiques*, 1944, t. II, p. 545 ; novembre 1946, t. II, n° 4 ; juillet 1950, t. I, n° 2.
 11. PIOTROWSKI (Z.). — The personality of the epileptic. In *Epilepsy*, Hoch et Knight, Grune et Stratton, New-York, 1947.
 12. RORSCHACH (H.). — *Psychodiagnostic*, traduction Ombrédane (A.) et Landau (A.), Presses universitaires de France, Paris, 1947. Cf. *Protocole d'épileptique*, p. 188 ; cf. « Tableaux synoptiques », *Epilepsie*, p. 306.
 13. SAL Y ROSAS (F.). — Le test de Rorschach chez les épileptiques. *Psychiatrie clinique*, comptes rendus du congrès de psychiatrie, Paris, Hermann, 1952, p. 177.
 14. SCHACHTER (M.). — Contribution à l'étude psychologique de la viscosité mentale dans la comitialité des jeunes. *Etudes de neuro-psychopathologie infantile*, fasc. 5, Comité de l'enfance déficiente, 1953, p. 29.
 15. STAUDER (K. H.). — *Konstitution und Wesenänderung der epileptiker*, Leipzig, 1938. Cité par Marchand et Ajuriaguerra dans *Epilepsies*, p. 233.
 16. WALLON (H.). — *L'enfant turbulent*, F. Alcan, 1925, p. 141. La mentalité épileptique, *Journal de psychologie*, 1925, p. 500.
-

DE L'HÉAUTOSCOPIE EN GÉNÉRAL

(avec analyse d'un cas)

PAR

C. D. CONSTANTINIDES (d'Athènes)

Parmi les hallucinations visuelles, la plus rare, la plus inusitée et la plus étrange est celle où quelqu'un voit devant soi sa propre personne. Le phénomène s'appelle héautoscopie (1). Toutefois, nous parlons aussi du « double ».

Selon les descriptions, le contenu de l'hallucination est semblable à l'image du corps qui se reflète dans un miroir ou sur la surface de l'eau. L'image est tantôt nette et vive (comme lorsqu'on se voit dans un miroir), tantôt pâle et floue (semblable à la réflexion sur la surface de l'eau). Il s'agit donc d'une image ayant tous les traits du corps de la personne qui se voit. Ainsi qu'il se produit dans toute hallucination, la personne a le sentiment de l'existence réelle de la vision, et en même temps l'impression qu'elle se trouve en relation corporelle et psychique étroite avec elle. Elle considère l'image comme appartenant à son propre moi et vivant avec elle ; autrement dit, la personne qui éprouve l'hallucination se croit en relation corporelle et psychique avec ce qu'elle voit, se sent vivre en lui et a le sentiment de la double existence.

Il en résulte que la vision pense, désire, sent et agit comme la personne qui éprouve l'hallucination, échange avec elle des pensées, parle la même langue, laquelle, toutefois, n'est pas entendue, mais seulement devinée par contact psychique direct. Ainsi, l'objet de l'héautoscopie a toutes les caractéristiques corporelles et psychiques, il est le moi de la personne en double, existant et vivant comme s'il s'agissait d'une héautoplasie.

Dans certains cas, le phénomène est considéré comme une illu-

(1) Le terme « héautoscopie » n'est pas exact. Il serait plus juste d'appeler le phénomène « héautopsie ».

sion. Mais, même dans ces cas, après quelque temps, il acquiert les caractéristiques ci-dessus.

On a décrit des cas où la vision n'était pas exacte, mais seulement ressemblante ou même différente du prototype. Toutefois, le sentiment de l'identification coexistait toujours, vif et actif. Rares sont les cas où l'on a vu plusieurs images à la fois.

L'hallucination apparaît subitement et à l'improviste, en pleine conscience, mais, ainsi que nous le verrons plus loin, la conscience n'est pas toujours claire et normale.

D'habitude, l'image est vue de face ou par derrière, à une distance de quelques mètres ou tout près, porte le même habillement ou un autre appartenant à l'halluciné et a la même position et attitude que lui (debout, assise ou couchée, selon la position de la personne), exécute les mêmes mouvements et actions, se déplace et s'éloigne lorsqu'on veut s'approcher d'elle, ou suit lorsque l'on s'éloigne. Elle disparaît subitement, en quelques secondes, ou s'évade graduellement. On a décrit de nombreux détails concernant la formation du phénomène de l'héautoscopie. Ainsi, il se peut que l'image soit plus jeune ou plus vieille, plus petite ou plus grande en partie ou dans son ensemble ; elle peut être transparente, de sorte que l'on puisse voir à travers elle, ou opaque comme un corps à trois dimensions. D'habitude, elle est opaque et plate, comme une image cinématographique.

Presqu'en règle générale, l'hallucination provoque une anxiété intense, pouvant aller jusqu'à la panique, du moins lors des premières fois. Par la suite, le sujet s'y habitue. Plusieurs de ceux qui en ont acquis l'habitude s'avancent vers l'image pour la toucher. Parfois, l'halluciné a l'impression que c'est l'image qui a de l'anxiété et non pas lui.

Pendant l'hallucination, ou peu avant, le monde psychique s'altère et l'halluciné se trouve dans un état psychosomatique particulier, accompagné souvent d'un sentiment de vertige et presque toujours d'un sentiment que quelque chose s'échappe de son corps, de sorte que ce dernier reste vide. D'après les descriptions des malades, ce quelque chose est une substance, leur propre moi. Pour ce changement du monde psychique, l'halluciné éprouve le sentiment du bizarre et du terrible, d'où l'anxiété.

Le phénomène est également observé en rêve, c'est-à-dire que l'on se voit en rêve.

L'héautoscopie peut se produire une seule fois ou à plusieurs reprises, après plus ou moins longtemps, comme dans le cas constaté par nous.

Il est intéressant de noter que le phénomène n'a pas été observé chez des aveugles de naissance.

Il a été observé tant chez des individus mentalement et corporellement sains que chez des personnes atteintes de maladies nerveuses et mentales. On rapporte des cas de provocation volontaire du phénomène par des personnes bien portantes et par des malades. En ce qui concerne les personnes bien portantes, il s'agit peut-être d'individus prédisposés, qui se mettent dans un état de transe. Ce sont des individus s'occupant de sciences dites occultes. De même, les mystiques des diverses religions, qui tombent dans un état d'extase, provoquent chez eux le phénomène en question. Parmi les malades, ce sont surtout les schizophrènes qui disent qu'ils se voient.

On a constaté que diverses conditions sont nécessaires pour la production de l'héautoscopie ; elles sont valables tant pour les personnes mentalement saines que pour les malades. Ces conditions sont l'obsession et l'angoisse, l'état de contemplation, d'observation de soi (habituelle chez ceux qui souffrent de tristesse), la grande fatigue, la solitude, la somnolence, l'idée de la mort. D'autres facteurs tiennent à l'altération, d'une certaine façon, de la conscience. Cela, valable pour les malades, peut également être étendu aux personnes saines. Nous n'avons pas de témoignages directs à l'appui de cela, mais nous sommes conduits à cette conclusion, ayant en vue les états de transe dans lesquels il y a altération de la conscience et en même temps contemplation et concentration en soi. Le phénomène a été observé chez des personnes mentalement saines peu avant la mort, survenue soit subitement, soit à cause d'une maladie corporelle préexistante.

Ainsi qu'il l'a déjà été dit, l'héautoscopie a été observée chez des personnes saines tant au point de vue corporel que mental. P. Sollier, qui a étudié le phénomène, en cite des cas chez des personnes saines, ainsi que Menninger-Lerchenthal, qui a longuement traité ce sujet dans une monographie. J. Lhermitte, Schilder, Oerterreich, Rank et d'autres se sont également occupés du phénomène en général.

Les observations chez des personnes saines se rapportent tant à des individus ordinaires qu'à des sujets d'une intellectualité particulière. Il apparaît que dans certaines conditions, par exemple l'anxiété, la fatigue psychique ou corporelle intense, la période hypnagogique, le phénomène peut être produit même chez des personnes psychologiquement et physiquement saines. Toutefois, ainsi que nous l'avons déjà remarqué, ce sont les sujets

souffrant d'une maladie nerveuse ou psychique qui ont fourni le matériel d'observation et d'investigation scientifique du phénomène.

Les états psychopathologiques, dans lesquels abondent les hallucinations surtout visuelles, favorisent souvent l'hallucination de l'héautoscopie. Ceci arrive, ainsi qu'il est mentionné dans la bibliographie, dans les maladies psychiques infectieuses et toxiques, telles le délire infectieux, la confusion mentale, le *delirium tremens*, les psychoses toxiques de la cocaïne, du haschich, de la mescaline et de l'opium. Parmi les infections, c'est notamment la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique et la grippe qui favorisent la production de l'héautoscopie.

Au début de la schizophrénie, où il y a dépersonnalisation, on a constaté le phénomène en question. Il n'est pas rare non plus dans la paralysie progressive générale. Dans l'épilepsie et ses perturbations psychiques (l'aura, les équivalents, la psychose comitiale, etc...), avant ou après l'accès, on a souvent constaté l'hallucination de l'héautoscopie.

En ce qui concerne les maladies du système nerveux, outre l'épilepsie et la paralysie générale progressive, citées plus haut, le phénomène a été constaté dans des cas de lésions focales du cerveau, de trauma, de chorée, d'encéphalite. Il a aussi été observé comme première manifestation de certaines affections organiques graves du cerveau.

L'héautoscopie fut également observée dans les psychonévroses. Tel est le cas étudié par nous, dont nous donnons ci-après la description.

OBSERVATION. — S. P., 25 ans. Sa sœur aînée fut atteinte de mélancolie et fut guérie par l'électrochoc. Ainsi que nous le verrons dans la description donnée par le malade, les troubles psychiques se sont manifestés dès l'enfance et continuent jusqu'à ce jour, avec des rémissions et des aggravations.

Quant au caractère il est doux, sensible, peureux, il se plait à la solitude et fuit la vie sociale. Dans la solitude il s'occupe de lui-même, de sa santé, dont il est toujours inquiet, et d'idées qui l'obsèdent continuellement et avec insistance. Il est enclin à la mélancolie. Sa sentimentalité devient angoissante en raison d'idées obsédantes, hypochondriaques ou autres, dont nous parlerons dans la suite.

En 1946, le malade s'est présenté à nous pour une consultation. A l'époque, les troubles étaient fréquents et intenses. Petit à petit, grâce au traitement subi, les troubles devinrent rares et moins intenses, de

sorte que dans les dernières années il a pu s'adonner plus efficacement à ses études, qu'il négligeait auparavant, à cause de la maladie.

Nous donnons ci-après une description, faite par lui, de son état psychique.

« Il y a quelques années — je devais avoir alors environ 10 ans —
 « il m'est arrivé quelque chose de très bizarre, qui me tourmente
 « depuis lors. Un après-midi, tandis que je jouais avec des amis dans
 « un jardin, j'éprouvai un vertige, un très fort vertige, ma tête bour-
 « donnait et ma vue s'obscurcit. Cependant, il m'était possible de voir
 « les divers objets. En même temps, de toutes les parties de mon
 « corps s'échappait une chose légère, quelque chose comme de l'air.
 « Dans cette chose je me trouvais moi-même, c'est-à-dire que mon
 « corps s'était divisé en deux. De mon corps réel je me voyais à une
 « distance très proche, mais pas clairement. C'était comme si je me
 « voyais dans une vitre. De ce second corps je voyais mon corps réel
 « tel qu'il est, clairement. Toutefois, je me trouvais dans les deux
 « corps. Alors, en présence de ce spectacle, je fus saisi d'une vive ter-
 « reur et je commençai à courir. Cependant, comme je courais, les
 « deux corps couraient ensemble, et l'un poursuivait l'autre. Bientôt je
 « m'assis dans un endroit et je fermai les yeux. Ensuite je revins à
 « moi, mais j'avais encore le vertige et ma tête me faisait mal. J'étais
 « ahuri, c'est pourquoi j'appelai ce vertige " ahurissement ". Je courus
 « directement chez moi. Je rapportai à ma mère ce qui m'était arrivé
 « et celle-ci me rassura. Le même soir, quoique j'avais sommeil, je n'ai
 « pu dormir. Depuis ce jour, diverses pensées bizarres commencèrent
 « à me tourmenter, qui me faisaient peur. La pensée " comment nous
 « voyons ", " comment nous sommes ", " comment nous marchons ",
 « " comment sort la voix ", " comment nous respirons ". Une force
 « inexplicable s'était emparée de moi et me tenait dans un état conti-
 « nuel d'inquiétude et de peur. Les soirs je souffrais d'insomnie et
 « souvent je voyais des rêves terrifiants.

« J'aimais mes études. Souvent, en lisant, j'oubliais mon état lamen-
 « table. Mais le grand supplice pour moi était l'école, parce que, en
 « dépit de ma volonté, j'étais obligé de rester enfermé dans la classe
 « pendant 3 à 4 heures. Cela me faisait souffrir davantage, ça me
 « donnait des idées fixes et j'éprouvais de l'angoisse. Lorsque la ré-
 « création tardait, mon angoisse devenait plus intense. Si l'on m'obli-
 « geait de rester quelque part pour peu de temps, ça m'était insupport-
 « able, mais si c'était de mon propre gré je pouvais y rester pendant
 « une journée entière. Les idées fixes me tourmentaient sans répit et
 « étaient celles que j'ai mentionnées plus haut, c'est-à-dire " comment
 « nous voyons ", " comment nous marchons ", " comment sort la
 « voix ", etc... J'étais saisi d'une déception et d'une mélancolie per-
 « manentes. Lorsque nous étions en excursion avec l'école, tandis que
 « les autres enfants étaient joyeux, moi j'étais très ennuyé car je
 « craignais que l' " ahurissement " me surprendrait en route. Pendant

« tout le temps que nous étions à la campagne je restais tout seul et
« j'attendais l'heure du départ. Au moment du rassemblement pour le
« retour j'étais saisi d'une grande joie. Mes camarades se riaient de
« moi et m'appelaient " le bizarre ".

« Les années passaient. Plus tard, à l'âge de 15 ans, lorsque j'étais
« élève de la première classe du Gymnase, je fis des efforts pour me
« convaincre que tout ceci était sans importance et que, maintenant
« que j'étais au Gymnase, je devais être maître de moi-même. Il est
« vrai que je parvins à me maîtriser jusqu'à une certaine mesure et
« à éviter les idées fixes. Toutefois, toujours, quelque idée me tour-
« mentait. De même, j'étais saisi de l' " ahurissement " et alors mon
« état s'aggravait.

« Il y a quelques années (1945), j'ai eu une maladie des intestins et
« une adénite, avec des taches dans les poumons. Depuis lors j'habite
« continuellement la campagne. Comme je souffrais beaucoup des in-
« testins, je revins à cet état horrible, avec des idées fixes et des
« phobies, ce qui m'a obligé de venir à vous, étant donné que je souf-
« frais beaucoup (1946). Les idées fixes ne me quittaient nullement,
« tandis que les phobies et les angoisses étaient continues. J'avais
« toujours peur. J'avais peur de la radio, parce que je pensais " com-
« ment nous entendons ", j'avais peur des avions parce que je pensais
« " comment ils volent ", " comment ils restent en l'air ", et alors je
« pleurais continuellement et j'étais triste. De même, j'avais des inquié-
« tudes pour ma santé. Je croyais que je souffrais du cœur, des pou-
« mons, des intestins. Ma pensée était constamment tournée vers ma
« santé. Je vivais dans une angoisse continue.

« Au cours des années intermédiaires il m'arriva souvent de voir
« mon moi. Et même dernièrement je continue à me voir de temps
« en temps, surtout lorsque je suis préoccupé, ou lorsque je suis mè-
« lancolique ou tourmenté par des idées fixes. A ces moments je vois
« mon moi à une distance de 3 à 4 mètres. Je le vois comme sur une
« vitre, ou sur la surface de l'eau. L'image se déplace comme un
« éclair d'un point à l'autre, vers la direction où je dirige mes yeux.
« Souvent, toutefois, je suis transféré dans l'image, d'où je vois ma
« personne réelle. Je vois celle-ci plus clairement, comme lorsque nous
« voyons dans un miroir. Dans l'image, ma personne est toujours gra-
« ve, comme je le suis moi-même. Ceci commence par un fort vertige,
« mes yeux s'obscurcissent, je me perds comme si j'étais très ivre,
« mais je vois clairement les objets et les personnes autour de moi,
« tout l'entourage. En même temps, une chose légère s'échappe de
« moi, de toutes les parties de mon corps, et je sens que je perds mes
« forces. Ceci est ma propre personne, qui va de l'autre côté, je me
« sépare en deux parties et je me vois à une distance de 3 à 4 mètres,
« parfois tout entier, parfois mon buste, parfois mon visage. Il me
« semble que je porte des vêtements, lesquels, toutefois, je ne dis-

« tingue pas nettement. En ce moment, je suis saisi d'une vive ter-
« reur, j'ai peur de ce que je vois. Quelquefois je ne sais pas quelle
« est ma personne réelle. Pendant que cela se passe ma tête bour-
« donne, je perds mon équilibre, comme si j'étais ivre. Le vertige
« commence d'abord et c'est ensuite que je vois ma personne.

« L'idée " comment nous voyons ", " comment nous respirons ",
« " comment nous marchons ", " comment se produit la voix ", l'idée
« que je souffre du cœur, continuent jusqu'à ce jour à me préoccuper,
« mais elles ne me gênent plus comme auparavant, et ne se présentent
« plus aussi souvent. Maintenant j'ai de l'intérêt pour mes études,
« pour la vie. Parfois, cependant, lorsque je suis ennuyé, ces idées
« reviennent.

« Je distingue trois sortes de vertiges : le grand vertige, lorsque
« je vois ma propre personne, le vertige fort sans voir ma personne
« et le petit vertige, sans voir ma personne. Les petits vertiges sont
« fréquents et durent peu. Ils se présentent surtout lorsque je suis
« très ennuyé. Les grands vertiges, où je vois ma personne, sont plus
« rares (une fois par mois) et durent quelques minutes. Après les
« grands vertiges je dors profondément ou bien je ne peux pas dor-
« mir. Les vertiges me donnent de la fatigue et j'ai envie de me cou-
« cher ou de m'asseoir. Je ne suis jamais tombé par terre inconscient.
« Maintenant je me suis habitué à tout et je n'ai peur de rien, surtout
« après le traitement. »

Telle est la description écrite en novembre 1950 par le patient, et d'où il résulte que, en ce qui concerne le genre de maladie psychique, nous nous trouvons en présence d'une psychonévrose obsessionnelle (diverses idées obsédantes et idées hypochondriaques, état d'angoisse avec crises). Le malade est de tempérament psychasthénique et mélancolique. Il a en outre, très développée, la tendance à s'occuper de soi et à s'observer, ceci étant attisé par la mélancolie et les idées hypochondriaques.

Nous observons chez le malade le phénomène de l'héautoscopie avec toutes les caractéristiques y afférentes, à savoir : altération totale de l'état psychique, sentiment que quelque chose s'échappe de lui, vertige. Il existe également dans ce cas la condition, souvent constatée, de la disposition mélancolique, de la tendance à s'observer et à s'occuper de soi. L'état de l'altération psychique avec vertige précède et coexiste avec l'héautoscopie. Celle-ci survient subitement, dure pendant un certain temps et disparaît peu à peu, produisant par la suite un sentiment de fatigue. Cet état psychique, avec vertige, peut être considéré comme une crise d'angoisse, mais rappelle aussi l'état des équivalents épileptiques. Bien que nous n'ayons pas d'autres données pour accepter l'épi-

lepsie, néanmoins l'idée d'un équivalent psychique épileptique nous a mené à l'examen du malade à l'électro-encéphalographe. L'électro-encéphalogramme fut négatif en ce qui concerne les altérations épileptiques. Le cas a ceci de particulier, que le malade a l'impression de voir dans son image hallucinatoire sa personne réelle, de sorte que l'hallucination devient « observateur » et la personne réelle, objet de l'observation. De pareils cas sont rarement cités dans la bibliographie.

La façon dont se produit l'héautoscopie se rapporte au problème général de la production des hallucinations en général. L'opinion que l'hallucination consiste en une projection vers l'extérieur du contenu d'un engramme est celle généralement admise, du moins pour ce qui est du côté psychologique du phénomène.

Pour l'hallucination de l'héautoscopie, on admet également la projection dans l'espace extérieur de ce qu'on appelle « l'image de notre corps » (image de soi, image du moi corporel, Köperschema, Postural Model, Bodily Image), avec objectivation hallucinatoire tant du corps (moi corporel) que du moi psychique, et conservation en même temps de la conscience du moi réel et du moi hallucinatoire. Le malade vit la projection et il a particulièrement le sentiment que quelque chose s'échappe de lui, ce qui arrive seulement dans l'hallucination de l'héautoscopie.

Nous devons toutefois mentionner tout spécialement que, dans l'héautoscopie, nous rencontrons un phénomène unique, selon lequel l'hallucination, quoique perception dans le monde extérieur, en d'autres mots hors du domaine du moi, se trouve reliée avec le moi, de sorte qu'il existe pour elle la certitude qu'elle appartient au moi et non pas le sentiment qu'elle est étrangère à celui-ci. Cette donnée psychologique de l'héautoscopie n'est valable que pour l'hallucination du moi, qui doit contenir la caractéristique fondamentale de toute hallucination, à savoir l'existence dans le monde extérieur du contenu de l'hallucination. Etant donné que, en l'occurrence, le contenu est le sentiment de l'existence, celui-ci est également projeté. Il en résulte qu'il y a projection non seulement de l'image du moi, mais aussi du sentiment de son existence. Ainsi, dans l'hallucination du moi (héautoscopie), nous avons la perception dans le monde extérieur et le sentiment de l'existence du moi dans ce monde, ce qui équivaut au sentiment de l'existence dans l'espace extérieur de notre personne même. Le moi, se trouvant obligé, en raison d'une cause pathologique, de devenir hallucination, c'est-à-dire de passer de

la subjectivité à l'objectivité, conserve son existence dans l'hallucination et transfère à celle-ci toutes les qualités du moi réel.

Il est nécessaire qu'en même temps le moi réel soit également conservé, car autrement il n'y aurait pas de moi pour apercevoir l'hallucination. Pour cette raison, quoique le moi devienne hallucination et que ce moi hallucinatoire acquière tous les attributs du moi réel, néanmoins ce dernier est également conservé. Ceci explique le fait que la personne vit dans les deux moi et n'en fait pas une distinction essentielle, l'hallucination pouvant devenir le moi réel et l'« observateur », ainsi qu'il est arrivé dans le cas qui nous occupe. Nous avons, c'est-à-dire, le phénomène de la dissociation du moi en deux moi équivalents, l'un réel et l'autre hallucinatoire. La conservation de la subjectivité dans une hallucination se produit, comme nous le voyons, seulement lorsque le contenu de l'hallucination est le moi, dont l'attribut essentiel est la subjectivité.

Ainsi qu'il a été dit, on a actuellement recours à l'image du corps pour expliquer psychologiquement le phénomène de l'héautoscopie.

Nous savons que l'image du corps subit des perturbations dans des maladies mentales ou neurologiques, soit en disparaissant [hémisomatagnosie (Anton-Babinski), somatagnosie totale, sentiment d'inexistence, héautotopagnosie (Arnold Pick)], soit en se transformant (sentiment de transfiguration, par exemple du visage, d'enfllement des membres, sentiment de transfiguration totale du corps). En outre, l'image du corps peut également constituer le contenu d'une hallucination, en cas d'existence des conditions, inconnues encore, de la pathogénie de l'hallucination, c'est-à-dire lorsqu'il y a mobilisation, d'une façon quelconque (pathopsychologique ou pathophysiologique), de l'image du corps et projection de celle-ci au dehors, auquel cas les éléments optiques et les autres (cœnesthésiques, cinétiques, affectifs, etc...) sont projetés et deviennent perception dans le monde extérieur.

Pour l'examen et la compréhension de l'héautoscopie et des phénomènes qui l'accompagnent du point de vue pathogénique, il faut tenir compte de la pathogénie des troubles, en général, de l'image du corps dans les différentes affections mentales et corporelles, que la perturbation de l'image du corps se présente comme héautoscopie ou comme quelque chose d'autre (somatagnosie).

Les conditions pathogéniques sont constituées, en premier lieu,

par les divers états psychopathologiques sur lesquels l'héautoscopie se développe comme une perturbation psychique particulière, ces conditions étant, par exemple, de nature épileptique, schizophrénique, mélancolique et psychonévrotique (ainsi qu'il en est dans notre cas).

Nous savons également plus précisément et plus clairement l'importance pathogénique des affections organiques du système nerveux central, par exemple le syndrome d'Anton-Babinski, dans lequel, en raison de l'existence d'une lésion focale du cerveau, avec paralysie d'un membre ou de la moitié du corps, la partie paralytique devient perceptible hors de la forme intégrale du corps, c'est-à-dire que le malade se croit bien portant et ignore la paralysie de son membre, tandis que le membre paralytique se sent hors du corps intégral, comme un membre étranger n'appartenant pas à son corps. Autrement dit, il y a somatagnosie, qui constitue un genre de trouble de l'image du corps.

Une autre condition pathogénique favorable à la genèse de l'héautoscopie est constituée par les troubles de la fonction du labyrinthe, avec symptômes de vertige et altération du sentiment total du corps.

Il en est de même des diverses altérations de la conscience.

D'autres perturbations de l'image du corps, comprenant des éléments ressemblant à ceux de l'héautoscopie, sont le transiivisme, le membre fantôme, le sentiment d'amputation subite d'un membre du corps (dans l'aura épileptique), la déréalisation et la dépersonnalisation. L'héautoscopie peut exister parallèlement à ces perturbations, ou au moins constituer un symptôme de la même maladie qui produit les susdites perturbations de l'image du corps, de sorte qu'il est raisonnable d'admettre les mêmes conditions et le même processus pathogénique.

Ainsi, les malades qui présentent de la dépersonnalisation (habituelle chez les mélancoliques, les névrosés et les schizophréniques) se plaignent souvent de la séparation de l'âme du corps, ont le sentiment d'un vide dans leur corps ou le sentiment qu'ils sont morts, disent que quelque chose s'échappe d'eux, etc... C'est dire que les symptômes sont les mêmes que dans l'héautoscopie. Par ailleurs, l'héautoscopie coexiste avec la dépersonnalisation et la déréalisation.

Il en résulte que les conditions pathogéniques de l'héautoscopie, comme perturbation de l'image du corps, sont psychologiques ou neurologiques (organiques ou fonctionnelles). Parallèlement aux facteurs pathogéniques coopèrent aussi des facteurs pathoplastiques, qui varient selon le cas.

Dans le cas qui nous occupe, nous trouvons l'héautoscopie nettement formée, telle qu'elle est habituellement décrite, c'est-à-dire l'hallucination visuelle et les autres éléments qui l'accompagnent, soit le changement psychique et corporel subit avec le sentiment du vertige (ce que notre malade appelle « ahurissement ») et le sentiment que quelque chose s'échappe du corps. Nous y trouvons aussi les conditions habituelles de l'hyper-émotivité anxieuse et mélancolique, de l'observation et de l'occupation de soi-même. En plus, au moment de la genèse de l'héautoscopie, il y a aussi un léger obscurcissement de la conscience.

En ce qui concerne la maladie psychique, celle-ci, dans notre cas, est la psychonévrose, avec des idées obsédantes et de l'angoisse. L'état pathologique apparaissant sous forme de crise appelée par le malade « ahurissement », doit être considéré comme une crise d'angoisse. Toutefois, on peut aussi le considérer comme un équivalent épileptique. Le fait qu'il a débuté dans l'enfance plaide en faveur de l'équivalent. Dans ces conditions, nous avons comme maladie fondamentale la psychonévrose avec un équivalent épileptique, à savoir deux maladies favorables à la genèse de l'héautoscopie. Nous devons aussi admettre comme probable que le labyrinthe s'irrite et contribue à la formation de certains éléments héautoscopiques de notre cas.

Ce qu'il y a de particulier dans cette observation, c'est que le malade a le sentiment de se trouver non pas dans son corps réel, mais dans son corps hallucinatoire, et que, de ce dernier, il voit son corps réel. C'est quelque chose d'analogue au fait que, dans d'autres cas, c'est le moi hallucinatoire qui ressent l'angoisse et non pas le malade lui-même.

Le fait que le malade voit du moi hallucinatoire son propre moi (phénomène qui n'est pas rare dans les hallucinations du moi) peut être compris à l'aide de l'analyse existentielle, telle qu'elle est formulée dans un article de Zutt.

Nous pouvons comprendre ce fait en tenant compte de l'expérience psychologique de l'individu concernant le regard. Il s'agit en l'occurrence d'une accentuation et d'une émancipation de phénomènes rencontrés dans des états pathologiques, phénomènes existant dans l'individu, qui se sent exister non seulement dans l'espace de son propre corps, mais aussi dans un point de l'espace extérieur, vers lequel se dirige et y repose le regard, et où se produit un autre centre d'existence de l'individu, hors de son propre corps. De ce point d'existence, le corps réel peut devenir l'objet de vision et d'observation.

BIBLIOGRAPHIE

1. HÉCAEN (H.) et AJURIAGUERRA (J. DE). — *Méconnaissances et hallucinations corporelles*, Masson, 1952.
 2. MENNINGER-LERCHENTHAL (E.). — *Der Eigene Doppelgänger*, Huber, Bern, 1946.
 3. MENNINGER-LERCHENTHAL (E.). — *Das Trugbild der Eigenen Gestalt*, Karger, 1935.
 4. LHERMITTE (J.). — *L'image de notre corps*. Edition de la « Nouvelle revue critique », Paris, 1939.
 5. LHERMITTE (J.). — *Les hallucinations*, Doin, 1951.
 6. LHERMITTE (J.). — *British Medical Journal*, March 1951, page 451.
 7. ZUTT (J.). — « Ausser sich sein » und « Auf sich selbst zurück blicken als Ausnahme Zustand » (Zur Psychopathologie des Raumerlebens), *Nervenarzt*, Januar 1953, Heft 1.
 8. SCHILDER (R.). — *Das Körperschema*, Berlin, 1923.
 9. SCHMITT (B.). — L'héautoscopie, *Cahiers de psychiatrie*, 2, 21-26, 1948.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 21 février 1954

Présidence : M. B. LOGRE, président

COMMUNICATIONS

A propos du procès-verbal de la séance du 21 décembre 1953 et de la discussion qui suivit la communication sur « la nécessité de l'interdiction légale de la lobotomie », par M. H. BARUK.

M. H. BARUK. — Dans la discussion qui a suivi notre communication à la séance du 21 décembre, M. Le Beau écrit ce qui suit : « Loin de se borner à une appréciation scientifique objective des faits, tâche d'ailleurs très difficile en psychochirurgie, M. Baruk s'appuie sur des considérations strictement dogmatiques ; un exemple particulièrement inquiétant qu'il en donne lui-même est l'enseignement obligatoire et exclusif de la doctrine pavlovienne, dont on a tiré argument pour condamner la psychochirurgie et... ».

Je tiens à faire remarquer que je n'ai jamais invoqué la doctrine pavlovienne à l'appui de mes critiques de la psychochirurgie ; mes critiques reposent sur mes études sur le lobe préfrontal, sur des séries d'observations que j'ai rapportées montrant la survenue d'épilepsie, de troubles moraux et d'autres à la suite de la psychochirurgie, et surtout sur la possibilité méconnue de guérisons de troubles mentaux par d'autres méthodes et sur les erreurs fréquentes de pronostic, etc., etc...

Ce sont là des motifs précis, et parfaitement scientifiques.

S'il m'arrive de citer dans mes travaux les publications de plus en plus nombreuses qui, dans tous les pays du monde, soulignent égale-

ment des graves inconvénients de la psychochirurgie, les abus auxquels elle donne lieu, la fragilité de la base physiologique sur laquelle on a voulu l'appuyer et les graves problèmes moraux qu'elle pose pour l'avenir de la psychiatrie, il s'agit là de faits bibliographiques que l'on ne peut négliger et qu'on a le devoir de souligner afin de donner un aspect de la situation, aspect trop souvent faussé par une propagande univoque. L'interdiction de la psychochirurgie dans certains pays est aussi un fait historique qu'on ne peut passer sous silence. Il faut toutefois noter que ma position personnelle sur ce sujet est antérieure à ces diverses manifestations, qu'elle résulte seule de mon expérience personnelle, et que mon opinion s'est formée en pleine indépendance.

Par ailleurs, pour répondre à ceux qui, avec M. Garand, incriminent mon article de la *Gazette médicale de France* (t. 59, n° 9, mai 1952, p. 531-536) sur « les méthodes thérapeutiques en psychiatrie », je crois utile de reproduire le texte exact du début de cet article, qui permet de comprendre tout le reste de ce travail. Le voici : « L'histoire de la thérapeutique en psychiatrie a oscillé sans cesse entre deux tendances : la première consiste à appliquer des thérapeutiques toutes faites aux divers malades mentaux sans égard aux particularités individuelles de leur état morbide. On imagine ainsi une série de méthodes que l'on applique automatiquement, sans connaissance profonde du malade. La seconde consiste à considérer la thérapeutique, non comme un simple arsenal d'armes toutes faites, mais comme la conclusion de l'examen de chaque malade, de la recherche des causes de sa maladie, et de l'établissement d'un traitement rationnel et adapté destiné à combattre ces causes pathologiques ou à remédier aux désordres psycho-physiologiques connus et identifiés. »

Note sur le pronostic des états mélancoliques, par MM. G. DAUMÉZON et DENIS

Il nous a paru intéressant de rapporter des éléments essentiels du dépouillement de 400 observations d'états mélancoliques traités à Fleury-les-Aubrais, dans le service de l'un de nous, de 1938 à 1950 inclus, et faisant la matière de la thèse de l'autre.

Les caractéristiques de cette population sont les suivantes : malades payants, pour la plupart ruraux. Nous avons considéré les sujets présentant un « état mélancolique », nous efforçant d'éliminer les états dépressifs simples à caractère névrotiques, et les états dépressifs symptomatiques d'autres psychoses.

Nombre total de malades : 400. 303 femmes, 97 hommes (à rapprocher de la proportion 1 homme pour 2 femmes relevée par Régis).

Durée moyenne du séjour (nous croyons devoir éliminer les évo-

lutions de plus de deux ans qui, bien que rarissimes, faussaient tous les calculs) : s'établit à 95 jours par accès et est sensiblement égale pour les hommes : 98, et les femmes : 94.

Les accès isolés sont nettement plus fréquents chez les hommes : 56 % contre 42 % chez les femmes, à l'inverse des accès nombreux (plus de quatre) : 8 % chez les hommes, 18 % chez les femmes.

Les traitements de choc : cardiazol, électrochothérapie, insuline, associations variées, ont été utilisés dès 1939 puis de façon systématique à partir de 1942 ; ils ont eu pour effet de diminuer de 57,6 % la durée de séjour pour chaque accès. H. Ey, dans sa statistique de 1951, a abouti au même chiffre : 57,4 %. Si nous éliminons les 11 malades dont le placement a excédé deux ans, la diminution de la durée de séjour atteint 75 %.

Si l'on considère la répartition des sorties en fonction du temps dans les premiers mois, on trouve un pourcentage de :

	1 ^{er} mois	2 ^e mois	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	6 mois à 1 an	1 an à 2 ans	2 ans à 5 ans	plus de 5 ans
avec E. C.	32,4	26,4	11,8	6,3	6,6	3,1	5,7	1,1	3,1	2,6
	70,6		86,6							
sans trait. de choc	13,6	19,8	9,4	8,4	6,6	4,2	16,5	6,6	6,1	8,9
	42,8		62,2							

Par contre, la répartition des résultats est la même avec ou sans traitement de choc :

	avec traitement	sans traitement
Guérisons et améliorations	78 %	78 %
Résultats moyens	13 —	10 —
Echecs	9 —	12 —
(ces chiffres nous serviront désormais de base de référence)		

S'agissant de malades payants, dans un département de tradition psychiatrique libérale, les règles légales sur les indications du placement d'office et volontaire sont exactement appliquées. On constate que la durée moyenne des malades placés par placement volontaire est la moitié de la durée des malades placés d'office.

Etat civil : selon la gravité, on peut classer les sujets :

	bons résultats	moyens	échecs
72 veufs avec enfants	86 %	8 %	6 %
283 mariés avec enfants	84 —	11 —	5 —
113 mariés sans enfants	75 —	9 —	16 —
90 célibataires	75 —	15 —	9 —
32 veufs sans enfants	69 —	6 —	25 —

En ne considérant que les enfants :

	bons résultats	moyens	échecs
avec enfants	83 %	11 %	5 %
sans enfants	74 —	11 —	15 —

Cet échelonnement de la gravité paraît d'autant plus significatif que certaines catégories (veufs avec enfants) sont désavantagés par le fait de l'âge ; en effet, le classement selon l'âge donne les résultats suivants :

	bons résultats	moyens	échecs
sujets jeunes	76 %	14 %	10 %
accès dans la jeunesse, plus accès tardif	86 —	10 —	4 —
accès involution	79 —	13 —	8 —
accès après 60 ans	70 —	8 —	22 —

Cette répartition globale se modifie légèrement si l'on étudie séparément les sexes, le mouvement est un peu plus accentué chez la femme ; chez l'homme, on constate une relative stabilité du pronostic, qui ne fléchit que chez les sujets âgés.

Si l'on classe les sujets de façon très grossière au point de vue intellectuels ou sujets supérieurs, moyens et inférieurs, on constate, outre la forte prédominance de cette catégorie, un pronostic : plus favorable (82 % de bons résultats) pour les sujets inférieurs avec des accès plus nombreux (2,1) ; moins favorable (72 % de bons résultats) avec des accès plus rares (1,6) pour les niveaux supérieurs.

La constatation de traits névrotiques dans la personnalité des malades ne modifie pas sensiblement le pronostic ni le chiffre total d'accès par malade.

Par contre, les antécédents familiaux maniaco-dépressifs (77 cas), comme les suicides (28 cas), forment un contingent de malades à pronostic un peu meilleur : 84 % de bons résultats chez les premiers, 87 % pour les seconds. Les antécédents familiaux névrotiques ou

psychotiques ne modifient pas le pronostic. Cependant, le nombre des accès est plus élevé chez les sujets à hérédité maniaco-dépressive.

Les facteurs suivants nous ont fourni des variations paraissant significatives :

L'existence d'un premier accès puerpéral (23 cas) fournit 94 % de bons résultats, mais 2,30 accès par malade ; total, 53 accès ;

L'existence d'un premier accès à la ménopause (64 cas), fournit 86 % de bons résultats, les accès ménopausiques eux-mêmes ayant par contre un pronostic standard (78 % de bons résultats) ;

la constatation de facteurs sociaux et familiaux, habituellement considérés comme psychogènes (soucis familiaux, difficultés économiques, professionnelles, sociales), coïncide avec des résultats plutôt favorables.

Il est intéressant de relever que des facteurs, tels que l'hypertension (47 cas) ou les difficultés sexuelles, n'ont aucune influence sur le pronostic.

En considérant les formes cliniques par ordre de gravité décroissante, on peut classer :

formes légères	147	89 %	7 %	3 %
— confuses	37	89 —	5 —	5 —
— anxieuses	119	79 —	9 —	6 — + 5 décès
— délirantes	72	79 —	11 —	10 —
— mél. franche	172	75 —	10 —	10 — + 5 décès
— stuporeuses	20	73 —	16 —	10 —
— hypocondriaques	133	72 —	12 —	13 — + 3 décès

Si l'on réduit à cinq formes essentielles et si l'on considère le pourcentage de sortie en fonction du temps, on trouve alors le tableau suivant :

	1 mois	de 1 à 2 mois	de 2 à 3 mois	de 3 à 6 mois	de 6 mois 1 an	plus de 1 an
Dépression simple ...	52	15	11	15	3	3
Mél. anxieuse	25	35	13	11	7	8
— délirante	13	30	9	25	11	12
— franche	18	25	11	20	12	14
— hypocondr.	25	23	9	19	9	16

Parmi les symptômes fournissant une corrélation digne d'être retenue, relevons : les résultats plus favorables chez les sujets qui présentent une exacerbation des troubles. Par contre, l'indifférence extérieure, la stupeur, les raptus anxieux, les attitudes d'opposition, le refus d'aliments, les préoccupations hypocondriaques, et bien entendu les idées de négation, nous fournissent des résultats de plus en plus médiocres ; il n'y a rien là de quoi nous étonner.

Nous nous sommes bornés à apporter ici les résultats les plus gros-

siers, nous réservant de revenir de façon plus détaillée sur certains aspects particuliers tels que l'analyse des échecs, ou encore la signification psychopathologique des scatters comparés des divers thèmes délirants.

DISCUSSION

M. E. MINKOWSKI. — Je voudrais poser deux questions à M. Daumézon :

1° a-t-il constaté, dans les cas tardifs, que la présence ou l'absence d'accès antérieurs chez les antécédents, exerçaient une influence sur la durée et, par conséquent, sur le pronostic de l'accès en cours, influence présumée favorable en cas de présence ?

2° dans les accès de longue durée, ceux-là mêmes qu'il a éliminés, à juste titre, pour le calcul de la durée moyenne, n'a-t-il pas relevé des résultats favorables du traitement par électro-chocs ? d'après notre expérience, ce sont ces cas justement qui donnent relativement souvent des résultats appréciables, qui se maintiennent par la suite.

M. H. BARUK. — L'importante communication de M. Daumézon a l'immense mérite d'apporter des faits nombreux et précis, qui sont l'expression d'une longue expérience pour éclairer la valeur réelle des thérapeutiques de choc et des autres thérapeutiques. Sur ce point, il est remarquable de voir combien les faits sont concordants. Le seul résultat des thérapeutiques de choc est d'abréger le temps d'évolution de certains accès. Mais l'expérience montre que ces accès guérissent parfaitement sans les méthodes de choc. On peut même se demander s'ils ne guérissaient pas mieux dans ce dernier cas. En effet, d'après notre expérience, les malades traités par les chocs font plus facilement des rechutes ; le choc fait parfois virer l'accès mélancolique à l'accès hypomaniaque, et des oscillations continuent. En tout cas, c'est un grand pas, au point de vue scientifique, d'avoir établi une étude étendue et impartiale des résultats des deux méthodes. Je voudrais demander à M. Daumézon également s'il a constaté des hémorragies cérébrales consécutives à l'électro-choc, hémorragies dont d'assez nombreux cas sont rapportés dans la littérature américaine.

Par ailleurs, je voudrais souligner le très grand intérêt du fait souligné par M. Daumézon de la *plus grande proportion des guérisons chez les malades placés volontairement que chez les malades placés d'office*. C'est ce que j'ai constaté moi-même et, à ce sujet, on ne saurait trop insister sur l'utilité de réserver les placements d'office aux seuls malades réellement dangereux comme cela a lieu, comme vient de le dire M. Daumézon, dans le département du Loiret.

Enfin, on ne saurait trop souligner l'importance de recherches statistiques appliquées à la psychiatrie, et à ce sujet les travaux du professeur Bleuler (de Zurich), en ce qui concerne les méthodes de choc, aboutissent à des résultats très voisins de ceux relatés par M. Daumézon.

M. L. MARCHAND. — A propos de l'intéressante communication de MM. Daumézon et Denis, je signalerais plusieurs statistiques parues dans l'*American Journal of Psychiatry* concernant la psychose maniaque-dépressive, car les Américains ont supprimé de leur nosologie le terme « mélancolie ». Leurs statistiques se rapprochent de celles qui viennent de nous être exposées. A propos des récidives, elles démontrent que celles-ci sont plus fréquentes et plus rapprochées chez les sujets qui ont été guéris rapidement de leurs accès par l'électrochothérapie.

M. M. LECONTE. — fait remarquer que la question des sorties accélérées par les électro-chocs, indépendamment du problème de l'étiologie médicale

des syndromes mélancoliques, fait poser celui de la discrimination des sorties réellement précoces et celles des sorties prématurées, intégrées comme des guérisons dans les statistiques, mais suivies de rechutes.

Peut-être un jour ces questions seront-elles agitées par la Société, aussi ne veut-il pas s'étendre sur ce sujet aujourd'hui.

M. Paul ABÉLY. — Cette très intéressante communication me fait revenir à trente ans en arrière, époque où je présentais sous le titre « Les terminaisons de la mélancolie » ma thèse de doctorat en médecine, devant la Faculté de Paris. Cette thèse, qui m'avait été inspirée par mon très regretté maître et oncle le Dr J. Capgras, portait elle aussi sur un nombre très important de cas. En écoutant M. Daumézon, je m'aperçois avec plaisir qu'elle n'a pas tellement vieilli.

C'est ainsi que le pourcentage des guérisons n'a pas beaucoup varié, mais en revanche, la durée de chaque accès, depuis la méthode de Cerletti, a considérablement diminué, cela d'ailleurs sans modifier le rythme des rechutes (peut-être même en l'accélérant un peu). Il apparaît bien, en tout cas, que la thérapeutique par les électro-chocs a considérablement atténué la gravité et la durée des accès mélancoliques, et que surtout elle a évité un nombre incommensurable de réactions-suicides. Le passage à la chronicité a fléchi lui aussi d'au moins des deux tiers dans son pourcentage.

Comme le signale M. Daumézon, le pronostic des mélancolies ménopausiques varie nettement selon que la malade a eu ou n'a pas eu des accès antérieurs dans sa jeunesse ou son âge adulte. Dans les mélancolies vraiment liées à l'involution endocrinienne, c'est-à-dire apparaissant pour la première fois à cette époque de la vie, il m'a semblé qu'un des meilleurs traitements actuels est le suivant : une fois par semaine, injection intra-musculaire dans la même seringue d'un mélange hormonal ainsi constitué : benzo-gynœstryl, 5 ; lutogyl, 20 ; stérandryl, 25, accompagnée d'un électrochoc hebdomadaire. La psychose guérit en général en un mois au plus. Dans les trois mois suivants, après la guérison, une injection du cocktail hormonal tous les quinze jours, ensuite pendant deux ans une fois par mois.

Si le rythme des accès de la mélancolie intermittente est peu modifié par la méthode de Cerletti, peut-être manque-t-il seulement un traitement complémentaire prophylactique dans les périodes intercalaires, traitement basé sur le contrôle fréquent de la tension artérielle, surtout aux saisons cruciales du début du printemps et de la fin de l'automne.

M. G. DAUMÉZON. — Je voudrais, avant de répondre, attirer l'attention sur le fait que nous n'avons pu isoler statistiquement chaque facteur que nous étudions, âge, sexe, formes cliniques, facteurs sociaux, etc., sont toujours intriqués. Aussi bien, les écarts, toujours compensés par des facteurs adjacents, sont-ils relativement faibles. Au demeurant, comme tout travail statistique, notre communication ne saurait apporter de réponse exhaustive à des questions, mais plutôt des hypothèses pour des travaux ultérieurs.

A M. Minkowski, je dirai que l'existence d'accès dans la femme ou mieux encore à la ménopause éclaire le pronostic des accès tardifs.

J'avais cru, sur la base du souvenir exclusif de quelques succès flatteurs, que l'électro-choc m'avait permis de guérir en 1942-43 des états dépressifs traînant depuis plusieurs années ; en fait, je n'ai eu qu'un succès partiel sur une vingtaine de cas de malades placés à l'hôpital. Les résultats furent meilleurs sur des malades soignés à domicile de leur dépression devenue chronique et amenés à l'hôpital pour bénéficier des « chocs miraculeux ».

A M. Baruk, je répondrai que je n'ai enregistré aucune hémorragie cérébrale consécutive à l'électro-choc.

Étude des troubles de la conscience morale dans la genèse d'un délire de persécution. Hallucinations des voix de la conscience. Thérapeutiques physiques et morales, par MM. H. BARUK, J. LAUNAY, G. LELORD et I. KARAAGAS (d'Istanbul).

De nombreux auteurs ont tenté, ces dernières années, de rechercher un mécanisme psychopathologique commun aux délires, mécanisme qui réaliserait une sorte de noyau central des différentes psychoses. Pour les uns, c'est l'onirisme (H. Ey) ; pour d'autres, l'insatisfaction des instincts (Freud) ; pour d'autres encore, c'est le manque d'authenticité (Jaspers). Loin de penser, comme l'un de nous l'a déjà défini maintes fois (1), qu'elle réalise la seule réaction délirante de la personnalité, il nous semble que la souffrance de la conscience morale joue également un rôle très important dans la genèse des délires.

La souffrance et la douleur morale sont certes des phénomènes bien connus dans la mélancolie. Mais les tendances actuelles font penser que ce sont là des manifestations purement arbitraires et immotivées en rapport avec une production morbide répondant, soit au masochisme (Nacht, Löwenstein), soit à un mécanisme d'auto-accusation sans point de départ réel. C'est ainsi que, pour M. Hesnard (2), la conscience morale est ramenée au sur-moi qui, s'il est mal développé par l'éducateur, finit par se retourner contre le sujet lui-même et le punir. Ainsi, tous les reproches des mélancoliques seraient sans fondement et ne représenteraient que le produit d'un besoin morbide d'auto-punition.

L'un de nous a déjà réfuté de nombreuses fois une telle conception (3). En effet, si l'on veut bien observer les faits, on s'aperçoit que, si dans certains cas de mélancolie le malade s'accuse de faits inexistants, dans de nombreux autres cas il y a une faute initiale, certes hypertrophiée ou exagérée mais qui, néanmoins, entraîne la douleur de la conscience morale. De là naît un malaise qui peut être le point de départ, non seulement de réactions mélancoliques, mais aussi d'hallucinations et de délire. La souffrance de la conscience morale devient alors le début et la cause du délire, comme l'avait déjà montré Baillarger lorsqu'il décrivait les « hallucinations de l'ouïe reflétant les combats de la conscience » (4). C'est un de ces cas où le délire recon-

(1) H. BARUK : *Psychiatrie morale expérimentale*, P.U.F., 1945. — H. BARUK : La psychopathologie des délires. Recherches psychophysiologiques. *Compte rendu des séances du 1^{er} Congrès mondial de psychiatrie*, tome I, p. 174, Hermann, 1952.

(2) A. HESNARD : *L'univers morbide de la faute*, P.U.F., 1949.

(3) H. BARUK : Critique du rapport de M. Hesnard sur le problème de la culpabilité et de l'agressivité. *Congrès international de la santé mentale*, « L'information psychiatrique », 25^e année, n° 2, février 1949, p. 68-72. — H. BARUK : *Intervention au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Genève et Lausanne, 26-27 juillet 1946.

(4) BAILLAGER : *Recherches sur les maladies mentales*, tome I, p. 269, Masson.

naît, pour origine, des « complexes moraux » que nous voulons rapporter aujourd'hui.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un malade d'une trentaine d'années, exerçant le métier de dessinateur industriel, et que l'un de nous a été amené à voir dans une situation désespérée. Atteint d'un délire grave de persécution avec auto-accusation, il se livrait à des auto-mutilations incessantes. Toutes les méthodes de choc ayant échoué, on proposait à la famille une lobotomie. Entré dans le service à la Maison nationale de Charenton en août dernier, M. B... se présentait dans une situation dramatique, entendant des voix accusatrices continuelles, se livrant à des auto-mutilations, voulant s'ouvrir les veines en cassant des carreaux, se cognant la tête contre les barreaux de son lit, tentant de s'arracher les yeux, etc..., etc... Ce tableau était complété par des idées d'indignité et d'auto-accusation, dont les thèmes étaient les suivants :

pense être la cause de la mort de sa belle-mère ;
pense avoir rendu sa femme stérile ;
pense être indigne de vivre avec sa femme.

En interrogeant les proches du malade (femme et parents), nous avons appris qu'en réalité il y avait un point de départ exact à ces idées. En effet : la mère de sa femme avait été, quelques mois auparavant, atteinte de paralysie. Sa fille s'occupait énormément d'elle et avec beaucoup de dévouement. Le malade en prit rapidement ombrage, trouvant que sa femme le délaissait au profit de sa belle-mère. Il avait même émis, à l'époque, l'idée que si elle venait à disparaître ce serait un grand soulagement. De là est né, chez notre malade, un sentiment d'indignité à l'égard de sa femme qui faisait son devoir et il en a été humilié sur le plan moral.

D'autre part, on apprend que, lorsqu'il s'est marié, M. B... ne voulait pas avoir d'enfant et utilisait des moyens anticonceptionnels à cet effet. Sa femme se trouvant enceinte, il lui aurait fait prendre de l'apiol. Mais par la suite, ayant changé d'avis, il aurait désiré des enfants, mais n'a pu en avoir. Sa femme lui fit alors sentir le caractère douloureux de cette situation en lui rappelant l'interruption possible d'une grossesse antérieure. De là est né un nouveau sentiment d'indignité vis-à-vis de sa femme, à la fois sur le plan moral et sur le plan viril.

Ces deux ordres de faits eurent pour conséquence un ébranlement du ménage, des réactions de mauvaise humeur réciproque et l'idée pour M. B... que son foyer était détruit et que la situation était irréparable.

C'est alors qu'il cherche une compensation dans un flirt avec une jeune femme du bureau où il travaillait, avec l'intention de quitter sa femme. Rapidement, il s'aperçoit qu'il a ainsi tout compromis en ajoutant une nouvelle faute aux précédentes, qu'il est devant une impasse, et c'est alors que la maladie se déclenche.

Comment interpréter de tels faits ? Deux courants se font jour : les uns estiment que si le malade n'avait pas eu une conscience morale sensible, il n'aurait pas éprouvé ce sentiment d'indignité, d'où l'idée d'affaiblir ou même d'altérer cette conscience par des méthodes agressives visant à déterminer des syndromes déficitaires dans le système nerveux.

Nous estimons, au contraire, qu'une telle conception prend les effets pour la cause. La vérité, c'est qu'un sujet qui serait lui-même dépourvu d'une conscience morale serait lui-même un pervers et serait atteint d'une déviation pathologique infiniment plus grave que celle dont souffre notre malade. Ce n'est pas ou le remords ou le regret des actes qui constitue le côté pathologique. C'est l'excès de ces remords et l'impossibilité de les surmonter par des modifications de la conduite et par des actes nouveaux qui effacent l'effet péjoratif des précédents. Cette solution ici n'a pas été possible en raison de l'affaiblissement de la volonté. C'est là que réside le facteur pathologique et il faut rechercher les causes de ce fléchissement volontaire pour les traiter. A ce sujet, l'histoire de M. B... nous apprend que dès son enfance il a présenté des manifestations névropathiques témoins d'une faiblesse de la volonté : hyperémotivité, anxiété, inquiétude, scrupules à propos des moindres choses et même petits accès dépressifs avec manifestations névrotiques. Par ailleurs, M. B... a toujours présenté un état physique défectueux : insuffisance hépatique depuis l'enfance, adénites cervicales suppurées à l'âge de 10 ans, diphtérie grave avec réaction sérique importante.

En conclusion, l'état pathologique réel et indiscutable de notre malade ne réside pas pour nous dans le fait qu'il a une conscience morale sensible, mais dans celui qu'il n'a pas la force de volonté ni la force physique de conduire droitement sa vie selon sa conscience ni la possibilité de sortir d'un faux-pas que chacun peut faire. C'est la prise de conscience d'une impasse sans solution qui a déclenché chez lui la réaction que nous venons de voir et la constitution du délire. Celui-ci s'est constitué par les mécanismes suivants :

1° Les troubles internes de la conscience morale se sont d'abord chez lui transposés sur toutes les personnes de son entourage : il a l'impression « que les gens le regardent de travers », « qu'on lui fait la tête » tant dans son travail que chez lui, « que les gens veulent lui faire comprendre qu'il est un s... ». Le trouble interne de la conscience est ainsi extériorisé, notion de psychopathologie courante qui fait projeter les malaises internes sur les autres.

2° Puis dans une seconde étape, cette projection passe de la supposition à l'interprétation, puis aux hallucinations. Ces hallucinations le traitent de mots orduriers, l'accusent d'avoir rendu sa femme malheureuse, lui reprochent les faits les plus variés et même, dit-il, « doivent le renseigner sur des choses qu'il a probablement faites et dont il n'a pas le souvenir ». Le malade nous donne d'ailleurs lui-même l'interprétation de ces phénomènes psycho-sensoriels : « Ce sont des voix qui remplacent la conscience », « c'est une redite de sa conscience », « c'est du remords et de la crainte dictés par la conscience. ». Voilà bien les « hallucinations de l'ouïe reflétant les combats de la conscience » (3).

Nous voudrions terminer cette communication sur quelques notes

thérapeutiques. Loin de considérer que la conscience morale est pathologique en soi et qu'il faut la diminuer, nous pensons que le vrai traitement de ces états consiste à calmer l'éréthisme extrême des réactions de la conscience morale qui accablent la personnalité. Pour cela, les sédatifs, les calmants, l'isolement et le temps sont des facteurs essentiels. La psychothérapie doit intervenir dans beaucoup de ces états mais elle doit porter sur le domaine moral. Il ne sert à rien de dire au malade que ses reproches sont injustifiés, mais il faut apaiser le sentiment de culpabilité par le pardon. Les visites de Mme B... étaient nombreuses et régulières, mais ne furent vraiment efficaces qu'à partir du moment où nous l'avons persuadée de renoncer à l'expression de ses griefs, pour adopter une attitude apaisante et confiante. Ce traitement moral associé au traitement des causes de déficience générale a orienté notre malade dans la voie de l'amélioration. Ont été faits également : laudanum de Sydenham, selon la méthode des doses progressives et dégressives ; scopochloralose (trois cachets à 0,50 à quinze jours d'intervalle) ; enfin, désensibilisation tuberculinique par la méthode du B.C.G. en doses faibles et mensuelles.

Actuellement, le malade est entré dans la voie de l'amélioration, mais le traitement de tels états demande beaucoup de patience, de ténacité dans l'association d'agents moraux et physiques bien adaptés sans oublier l'effort capital de soutenir la famille et de développer sa foi dans la guérison.

La carbonarcose : Indications générales et résultats personnels, par MM. M. MONTASSUT, V. GACHKEL et C. LEROY

En neuro-psychiatrie, l'anoxémie est considérée depuis longtemps comme un excellent stimulant intellectuel et instinctivo-affectif. Des observations ont montré le rôle curatif de certaines asphyxies provoquées par des tentatives de suicide. Expérimentalement, cette situation a été recherchée par production de syncope respiratoire au cours de l'inhalation de gaz inertes comme le protoxyde d'azote (Montassut et Jacquot). On sait que l'anoxémie est invoquée dans l'interprétation biologique des chocs, comas et narcoses thérapeutiques.

Les effets respectifs de l'anoxémie et de l'hypercapnie ont été étudiés et il semble bien que ce soit cette dernière qui soit la plus efficace (Broussolle).

C'est à Lowenhaart que l'on doit la première technique d'une hypercapnie sans anoxie (1929). Sa méthode, utilisée dans les inhibitions catatoniques, a été reprise et généralisée par von Meduna, qui l'applique cependant plus spécialement aux psychonévroses et affections psychosomatiques. Pour Kalinowski, les indications seraient analogues ; la carbonarcose serait même le traitement spécifique des « névroses de contrainte » (névrose et hystérie d'angoisse). Silver

obtient ses meilleurs résultats dans les dépressions réactionnelles, l'anxiété des névropathes, les manifestations hystériques. Aux U.S.A., la thérapeutique jouit d'un certain succès et, l'année dernière, s'est constituée une Association de recherches sur la carbonarcose.

En France, la méthode a été introduite par Baudouin, Reymond et Delarue, qui traitent plus spécialement des épileptiques, avec résultats certains sur les états de mal et la fréquence des crises. La littérature ne fait pas état de *contre-indication* précise en dehors des états d'excitation psychique, des cardiopathies, de l'artério-sclérose cérébrale, des affections pulmonaires et spécialement de la tuberculose.

Les résultats sont difficiles à apprécier, car les recherches, poursuivies dans des perspectives diverses, s'appliquent à des malades souvent mal définis. L'analyse bibliographique de J.-F. Frank n'a pas donné de résultats catégoriques ; mais il semble bien que la plupart des auteurs soient satisfaits du traitement, hormis Rigotti et Fontanari.

Notre expérience personnelle. — Depuis trois ans, nous employons la technique de von Meduna ; mais, au lieu de son mélange (CO_2 : 30 % ; O_2 : 70 %), nous utilisons le pourcentage préparé par la Compagnie des produits oxygénés (CO_2 : 25 % ; O_2 : 75 %), plus stable à basse température, où le CO_2 ne peut liquéfier en hiver. L'inhalation se fait avec le masque de Legendre et Nicloux. Pour alimenter largement le malade en gaz, et éviter l'impression d'asphyxie, les détendeurs industriels à grand débit doivent être préférés.

Deux règles sont indispensables pour obtenir une bonne narcose : 1) le masque doit être strictement appliqué sur la figure, la perte de CO_2 provoquant l'anxiété ; 2) l'inhalation doit être suffisamment prolongée. Au début, nous comptons le nombre des respirations ; actuellement, nous jugeons de la profondeur de la narcose par l'apparition de raideur de nuque ; l'inhalation est suspendue quand on ne peut plus décoller la tête du patient du lit. Le nombre de respirations nécessaires à ce résultat varie de 15 à 70. Les premières séances sont toujours prudentes, et les inhalations sont progressivement allongées.

Nous avons retrouvé les temps principaux de la narcose décrits par les auteurs. La *première phase* dure habituellement moins d'une minute. Après quelques inhalations, la polypnée s'installe (30 respirations par minute, régulières, de grande amplitude). Le malade esquisse quelques gestes de défense ; s'il se débat, son agitation dépasse rarement quelques secondes jusqu'à la perte de conscience. La polypnée en elle-même n'est pas angoissante. *Deuxième phase* : de narcose vraie, dure tout le temps de l'administration du gaz, soit 30 secondes à 2 minutes environ. La *troisième phase* est celle du retour progressif à la conscience, des réactions émotionnelles et représentations oniriques. Sa durée est estimée de une à cinq minutes.

Neurologiquement, au cours des deux premières phases, on assiste

à une augmentation progressive du tonus. L'induction se traduit par des mouvements choréiques et cloniques des extrémités. Pendant la narcose, le sujet est raide, la nuque ne peut être décollée du plan du lit, les membres supérieurs en flexion avec poings fermés, les membres inférieurs en extension avec équinisme. Le signe de Babinski peut être observé, ainsi qu'une abolition du réflexe cornéen. En fait, le tableau est très variable. La rigidité décérébrée vraie et les crises comitiales signalées par von Meduna n'apparaissent guère qu'au delà de 60 inhalations. Mais ce qui domine le tableau, d'une manière plus constante, ce sont les mouvements semi-automatiques, pédalage ou battements des membres inférieurs, sauts, tressautements, balancements érotiques.

Le retour à la conscience s'accompagne d'une rétrocession neurologique et de sudations intenses. La tachycardie et l'élévation tensionnelle de la narcose disparaissent avec elle.

La troisième phase est la plus instructive et la plus utile. C'est la période d'excitation et d'abréactions ; sa symptomatologie est des plus variables. Souvent onirique, le malade projette ses hallucinations (pour chaque séance et pour chaque malade elles sont en général stéréotypées). Plus souvent, le malade, confus et ébrié, crie, gémit, chante, récite des poèmes, déclame, mime des situations dramatiques ou sexuelles. Certains malades vivent alors leur phantasme. D'autres présentent des hallucinations polyopiques sur lesquelles Meduna insiste, et que nous avons vu figurées sous forme de personnages ou de dessins géométriques. Le réveil s'accompagne très rarement de manifestations agressives ou paniques. Les sentiments affectifs sont exaltés, l'attendrissement ou les démarches érotiques sont assez fréquentes.

Un état anxieux persistant est la contre-indication majeure à la continuation du traitement. Meduna indique 5 % de refus à poursuivre ; nous trouvons 10 %, mais nous nous abstenons de pressions sur les sujets. La plupart des malades acceptent plus volontiers l'épreuve que l'électro-choc ; quelques-uns la réclament ; nous avons vu de l'appétence toxico-maniaque chez certains. En règle générale, les premières séances sont plus mal supportées, l'accoutumance rassurant le patient.

Suites immédiates. — En général, dix minutes après le traitement, le sujet est bien orienté et présente une euphorie, de l'activité et de la « joie de vivre » pendant trente à soixante minutes.

Les résultats lointains sont plus difficiles à connaître ; la littérature fait état de guérisons obtenues après une à cinquante séances, à raison de deux à trois par semaine.

Conclusions personnelles. — L'absence d'études systématiques nous interdit toute conclusion catégorique. Les sondages ont porté sur une dizaine de schizophrènes, la plupart catatoniques, et quelques mélancoliques. La plus large expérimentation s'est faite chez des névro-

tiques, au cours d'états dépressifs, anxieux, de situation conflictuelle, de troubles fonctionnels. Chaque malade a subi de une à quinze séances. Les inhibitions, le négativisme anxieux ou délirant ont été plus ou moins profondément levés par la carbothérapie. Les échecs ont paru constants chez les mélancoliques, et la thérapeutique dangereuse pour l'excitation. C'est dans les névroses que les résultats sont plus importants (hystérie, névroses d'angoisse et végétative, dépressions réactionnelles, troubles fonctionnels). Comme un apprenti sorcier, la carbonarcose déclenche des réactions libératrices mais imprévisibles, même dans les cas apparemment les plus favorables.

Le *mode d'action* reste obscur. Les psychanalystes croient découvrir une « sexualisation » de la thérapeutique, une « introjection » respiratoire ; d'autres, une « libération spécifique de l'inconscient ». Les organicistes soutiennent l'action du choc, la « lobotomie chimique », la cybernétique, l'action sur les métabolismes cérébraux et la perméabilité cellulaire.

La psychothérapie ne dépasse guère le stade d'un bon contact, entretenu par des traitements répétés et heureusement poursuivis. L'intervention médicale est difficile, car elle doit ménager à la fois l'éveil critique et l'élaboration onirique. Les données fournies au réveil sont peu utilisables, car elles sont brèves, fragmentaires ou amnésiques. Les rêves et les hallucinations sont peu chargés en symboles, ils sont élémentaires, presque bruts, et participent peu de l'élaboration intellectuelle. L'amnésie, qui est la règle, ne permet guère l'exploitation de ce défolement. Les malades qui savent avoir eu des rêves sont habituellement incapables d'évoquer ceux-ci ou d'accueillir ceux qu'on leur relate. Le malade guérit par libération de ses tensions émotionnelles plus que par des opérations rationnelles ou directives ; la répétition des narcoses atténue l'imagerie et l'émotivité des premières séances.

Malgré des analogies, la carbonarcose se distingue de la narco-analyse par ses évocations plus directes et moins « léchées », la vigueur des pulsions émotionnelles du réveil, une situation mieux vécue et moins intellectualisée. La libération émotionnelle de la carbonarcose rappelle celle du choc amphétaminique, avec cependant une anxiété souvent absente et une expression psycho-motrice beaucoup plus riche.

La carbonarcose n'est pas un traitement spécifique, son action générale est de lever des inhibitions ; aussi convient-elle aux malades introvertis, anxieux, censurés et inhibés, et à toutes les situations psychologiques de contrainte. Comme l'application paraît bien sans danger, la méthode mérite d'être plus largement employée dans notre spécialité.

BIBLIOGRAPHIE. — BEAUDOUIN (A.), RÉMOND (A.), DELARUE (R.) : Effet thérapeutique de l'inhalation d'un mélange à 70 % d'oxygène et 30 % de CO² (carbonarcose). *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1947, 131, pp. 483-487, et *Revue neurologique*,

1948, 80, p. 615. — BROUSSOLLE (P.) : Thérapeutiques par inhalations en psychiatrie. *Thèse*, Nancy, 1951-1952. — MONTASSUT (M.), JACQUOT (G.), SAUGUET (J.), LEULIER (R.) : Invigoration psychique par anoxémie provoquée. *Annales médico-psychologiques*, 1943, pp. 423-426. — MONTASSUT (M.), COSTE (M.), GUÉGEN (G.), QUARTI (C.) : Électronarcose dans les schizophrénies confirmées. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1952. — VON MEDUNA : *Carbon dioxide Therapy*, 1950 (Ch. THOMAS, éd. Springfield, N.-Y.), 1950.

Nouvelle étude d'un cas de schizophrénie traité par les électrochocs et les comas (Reine), par M^{me} CAYÉ.

C'est l'étude d'une schizophrénie au diagnostic indiscutable que je présente aujourd'hui, la malade dont il est question, étudiée en 1946 dans le service de M. Heuyer, étant depuis cette époque, c'est-à-dire depuis huit ans, dans un hôpital de chroniques. *Mon but est de montrer par cette étude qu'on trouve dans une schizophrénie au diagnostic indiscutable la même base affective, les mêmes mécanismes morbides et la même arriération que chez les schizophrènes au début, dont j'ai suivi l'observation et que je suis arrivée à guérir par voie psychique. Qu'en un mot, il s'agit de la même maladie.*

OBSERVATION. — Reine était tombée malade à l'âge de 20 ans. Elle fait partie d'une famille de bonne bourgeoisie, qui compte une sœur plus âgée et un frère d'un an plus jeune qu'elle ; son père et sa mère, désunis, se sont séparés et réconciliés plusieurs fois. A l'âge de 7 ans, elle commença à faire partie d'associations de guides. Elle en fait toujours partie depuis et vit dans une société exclusivement féminine, n'aimant ni danser, ni flirter, ayant, selon l'expression de sa mère, « une véritable phobie du masculin ».

La maladie débute chez elle par de l'impossibilité à travailler, de la tristesse, des crises de sanglots, des troubles du caractère. Reine disait qu'elle avait assez de la vie, prétendait que les gens voyaient ses pensées à travers elle et devenait toute rouge. Elle présente des idées d'influence (des idées viennent dans sa tête parce que d'autres personnes ont les mêmes au même moment). Elle ne pouvait plus aller aux cabinets et refusait d'uriner, disant qu'elle était une fille perdue, dégoûtante. M. Heuyer diagnostique une schizophrénie. On fit à Reine une série d'électro-chocs, après quoi elle sembla aller beaucoup mieux. Mais elle restait tout de même très bizarre. On la confia alors à Mlle Boutonnier pour une psychanalyse, que malheureusement elle interrompit brusquement. Peu de temps après, on fut obligé de la traiter par les comas ; elle en subit plusieurs séries pendant un an. Après chaque série elle semble améliorée, mais retombe bientôt après. Reine, actuellement, est dans l'incapacité totale de vivre au foyer familial. Ce sont des scènes terribles avec la mère qui rendent la vie intolérable. Extrêmement agressive, Reine va parfois jusqu'à la frapper. En outre, elle ne peut souffrir un brave homme, un Alsacien, qui est sous-locataire du pavillon que ses parents habitent en banlieue ; elle fait des colères terribles à son sujet et le met elle-même à la porte. (Il s'est produit paraît-il, dans son esprit, une confusion entre cet Alsacien et une gouvernante alsacienne qu'elle eut dans son enfance entre 5 et 11 ans). Le reste de son comportement est fait d'inac-

tivité, de bizarreries, d'imprudences. Elle nécessiterait une surveillance de tous les instants que sa famille — dont tous les membres travaillent — ne peut assumer. Transférée depuis huit jours à l'hôpital, Reine refuse avec la dernière énergie de s'y laisser soigner, prétendant qu'elle n'est pas malade; elle proteste, tempête, impossible à aborder.

Je trouvais une superbe fille, resplendissante de santé physique, dont l'expression n'était pas celle d'une mentale, capable de répondre à une conversation, et dont l'atteinte psychique ne se décelait que par certaines interprétations erronées, témoignant d'un mauvais contact. Malade extrêmement défiante et agressive. Cependant, après maints efforts, et grâce au subterfuge que j'avais imaginé, elle consentit à se confier à moi, restant toutefois sur la défensive, dressant l'oreille à la moindre parole suspecte. Et lorsqu'au cours de la deuxième séance j'essayai prudemment d'orienter la conversation sur le plan sexuel, la malade me déclara d'un ton sans réplique : « Je ne veux pas avoir de conversations sur l'amour ou sur des sujets intimes ! Ce sont des questions que je ne veux pas aborder ! Je suis pure et tiens à le rester ! » Comme je savais qu'au début de sa maladie mentale elle refusait d'uriner, disant qu'elle était une fille perdue, dégoûtante, j'éclatai : « Vous, pure ! lui dis-je. Vous voudriez bien faire croire que vous l'êtes ! Mais en réalité, sous vos grands airs de pureté, il n'y a pas plus impure que vous. — Je le sais que je suis impure ! s'écria Reine, je sais que j'ai fait quelque chose de dégoûtant quand j'étais petite. Du reste, je l'ai déjà raconté au Dr X... — Qu'est-ce que vous avez fait ? — Eh bien, quand j'avais 11 ans, tout de suite après ma première communion, j'ai été dans les cabinets, j'ai fait pipi partout, et puis après, j'ai dessiné ce que j'avais fait. — Où l'avez-vous dessiné ? — Sur des cahiers, des bouts de papiers, avec un crayon. »

Cette importance accordée à un acte urinaire m'oriente vers la possibilité de jeux urino-sexuels enfantins : « Vous m'avez parlé hier de votre petite enfance, des jeux que vous faisiez en vacances avec votre cousin, votre frère, et des tas de petits amis, et vous disiez qu'alors c'était le Paradis, rappelez-vous bien, vous n'avez pas eu de jeux sexuels ? — Oh non, je n'étais pas pure ! Nous faisions de petites maisons avec le sable, et moi j'y faisais de petits cabinets, les autres n'en faisaient pas, et j'allais dans ces petit cabinets, je m'en servais, j'y faisais pipi. Il n'y avait que moi qui faisais cela. — Ça ne me paraît pas bien grave. Vous ne vous souvenez pas d'autre chose ? — Je sais aussi que j'étais très choquée de voir les petits garçons uriner devant les petites filles, mais aussi, très passionnée de cela. »

....Nous parlons maintenant mariage. Reine raconte qu'à une époque elle voulut entrer au couvent. Un jour, elle alla sonner à la porte de l'un d'eux. Mais tandis qu'on allait chercher la Supérieure, elle se sauva : « Ce n'était pas la peine, dit-elle, au fond, je n'avais pas la vocation. » Je soupçonne que cette velléité d'entrer au couvent est chez cette malade mentale l'indice d'un grave refoulement sexuel. J'essaye donc de lui montrer que l'acte sexuel est un acte naturel, non coupable, et je conclus : « Tous les gens mariés accomplissent un acte pareil, même vos propres parents. — Ces temps derniers, répond Reine, à ma grande stupéfaction, j'en étais arrivée à penser que l'Immaculée Conception existait dans plusieurs cas. »

Ce que Reine entend par « Immaculée Conception », c'est bien entendu le Mystère de l'Incarnation, c'est-à-dire le fait que Jésus a été conçu sans le secours d'aucun homme. L'idée d'une « Immaculée Conception » à plusieurs exemplaires, idée délirante, exprimée en réponse à mon affirmation des relations sexuelles de ses parents, montre donc que Reine refuse d'admettre l'existence de celles-ci, qu'il s'agit là pour elle d'une idée intolérable, chargée d'un énorme potentiel affectif. Un trauma extrêmement grave est certainement à la base de cette négation délirante. Les jeux urinaires pour lesquels Reine se passionnait à l'âge de 6 ans sont du reste le fait d'enfants qui ont surpris les relations sexuelles de leurs parents, les ont interprétées comme des actes urinaires, et qui essayent ensuite de reproduire dans leurs jeux ce qui les hante.

J'expose à la malade que l'œuvre de chair a été ordonnée par Dieu à Adam et à Eve, que l'Église bénit les mariages et annule ceux qui ne sont pas consommés : « Il n'y a que vous pour trouver cela choquant, dis-je, en guise de péroraison. » Là-dessus, le changement qui se produit en Reine est absolument extraordinaire, sa figure prend subitement un air ouvert et joyeux et elle me dira d'elle-même, quelques instants plus tard, alors que la conversation se sera orientée vers un sujet différent : « C'est curieux, je suis repartie dans mes pensées comme avant, mais tout à l'heure, quand vous avez parlé, tout-à-coup, en un éclair, ma tête est redevenue normale, j'ai senti mes idées se remettre subitement en ordre, une grande délivrance se faire, je me suis sentie guérie. Mais ça n'a duré qu'un moment. Maintenant, ça recommence. »

L'interdit qui pour elle plane sur l'acte sexuel constitue donc un des points les plus sensibles de son affectivité. Je propose de revenir sur ce sujet, et elle accepte avec un joyeux empressement : « Oui, me dit-elle, ce qui me gêne dans l'union de l'homme et de la femme, quand ils ont un enfant, c'est que je me suis longtemps dit que l'enfant n'était qu'une ordure. Du reste, c'est écrit dans la Bible, dans une parabole que je connais bien et que j'ai beaucoup méditée : " Ce qui souille l'homme, ce n'est pas ce qui entre en lui par le haut, c'est ce qui sort de lui par le bas ". »

« Par le bas » est du cru de Reine, qui déforme la parabole dans le sens de ses complexes. J'essaie de lui en expliquer le véritable sens et je conclus : « Même si elle s'appliquait à l'urine et à la matière fécale, cette parabole ne s'appliquerait pas à la matière vivante avec laquelle les enfants sont faits et qui se rapproche beaucoup, pour sa composition chimique, de la composition de la matière cérébrale ; c'est une substance vivante et non une matière morte comme l'urine, elle contient beaucoup de germes de petits enfants, et quand on la regarde au microscope, on voit tous ces petits germes d'enfants bouger. C'est très amusant. »

Reine paraît surprise et pleine d'un étonnement admiratif : « On ne m'avait jamais expliqué tout ça, dit-elle. Pourtant... » Et elle m'énonce une conception purement urinaire de l'acte reproducteur masculin. Nous voilà de nouveau revenus aux enfants qui ont surpris les actes sexuels de leurs parents et qui les ont interprétés fausement. Il se confirme que les jeux urinaires de Reine enfant étaient bien des jeux imitatifs. Et quand plus tard, âgée de 11 ans, Reine, seule dans des cabinets, s'amusera à les souiller, dans les nombreux dessins qu'elle fera ultérieurement de cette scène, elle se représentera toujours en compagnie d'un petit garçon imaginaire, témoi-

gnant ainsi que cet acte solitaire était cependant — par les phantasmes dont elle l'accompagnait — une réédition des jeux symboliques faits jadis dans les cabinets de sable, en compagnie de petits garçons. A l'âge de 19 ans, âge où les jeunes créatures commencent à être pressées de nombreux désirs, Reine, troublée, se déclarera une fille perdue, dégoûtante, et refusera d'uriner, témoignant ainsi de la confusion qui persiste dans son esprit entre l'urinaire et le sexuel.

Notre malade est donc restée accrochée aux conceptions urino-sexuelles de son enfance. Elle est frappée du même arrêt évolutif que les schizophrènes dont nous avons publié l'observation et qui ont guéri par un traitement psychique. Ses jeux urinaires sont l'équivalent des masturbations accompagnées de phantasmes de possession d'Hector-enfant ; l'équivalent des intromissions symboliques de Magali-petite-fille, faisant pénétrer de petits objets dans son minuscule vagin. Mais c'est de Sébastien que sa sexualité à forme urinaire la rapproche particulièrement. Celui-ci, en effet, avait été énurétique toute son enfance, et nous avons rapporté que son énurésie cessa lors des premières pertes séminales de la puberté. Il se crut atteint d'une maladie honteuse et commença à s'infliger des sévices sexuels variés, sévices qui étaient la répétition de ceux dont on l'avait menacé dans son enfance pour son énurésie. Sévices qui indiquaient nettement — tout comme la cessation subite de l'énurésie à la puberté — que l'urine et la substance reproductrice étaient pour lui affectivement identiques. *La même confusion existe chez Reine. Et à l'âge adulte, les réactions de ces deux malades à l'égard de l'urinaire sont semblables : Sébastien punit son membre coupable et Reine refuse d'uriner.*

Le parallélisme peut encore se poursuivre. Sébastien disait vouloir se faire moine, mais cette soi-disant vocation n'était que l'effet d'une terrible culpabilité sexuelle : psychanalysé, il opta d'enthousiasme pour le mariage et vit disparaître ses troubles dissociatifs (son esprit cessant d'être tirailé dans deux directions affectives diamétralement opposées). *Les mêmes idées pseudo-religieuses existent chez Reine.* En effet, Mlle Boutonnier, dans une conversation que nous aurons ultérieurement avec elle, nous donnera maintes précisions sur la malade et nous fera part de notes extrêmement précieuses. Elle nous indiquera que Reine prétendait aspirer à une sexualité désincarnée et que son idéal féminin était la Sainte-Vierge. Dans un rêve éveillé, la malade montait, s'élevant vers la Vierge. Cependant, aussitôt arrivée à la joindre, elle piquait une tête vers le bas (c'est-à-dire vers le côté charnel de sa nature), déclarant : « Au fond, ça ne m'intéressait pas. » Elle prononcera à peu près les mêmes paroles pour expliquer sa fuite du couvent : « Au fond, je n'avais pas la vocation. » Sébastien, lui, ne trouvait jamais d'ordre religieux qui lui convienne.

Enfin, nous constatons chez Reine une amélioration — ébauche de celle que nous avons obtenue chez Sébastien — et due à des causes identiques. A un moment donné, en effet, sous l'influence bienfaisante

de Mlle Boutonier, Reine avait semblé admettre la légitimité de ses désirs sexuels et elle avait opté pour le mariage. Mais sa libération était encore bien incomplète lorsque, brusquement, elle interrompit sa psychanalyse. Les idées pseudo-mystiques reprirent et les troubles mentaux réapparurent. Parmi eux, des idées d'influence, Reine prétendant que les hommes exerçaient une influence sur elle et lui communiquaient leurs idées par leur simple présence. Idées d'influence qui n'étaient, bien entendu, que la projection des désirs qu'elle-même ressentait pour eux mais n'acceptait pas de ressentir. Idées d'influence particulièrement actives chez cette malheureuse créature, au début du printemps. *Ainsi, chez ces deux malades, l'amélioration — définitive ou temporaire — coïncida avec la libération de l'interdit qui pesait sur leur sexualité. Interdit qui, avec la hantise, forme la base affective des schizophrénies que nous avons réussi à guérir par voie psychique.*

Quant aux traumatismes responsables de l'éclosion de la maladie mentale de Reine, un rêve, communiqué par Mlle Boutonier, nous en indiquera la nature. On voit en effet dans ce rêve, Reine, la tête rasée, tondue par des F.F.I., qui l'obligent à uriner devant tout le monde dans le métro. (Elle avait alors quelque peu perdu ses cheveux à la suite d'électro-chocs). La malade s'identifie donc inconsciemment aux femmes qui avaient eu des rapports sexuels interdits et qui furent déshonorées publiquement et traînées sous l'opprobre dans les rues, par des hommes qui les raillaient et qui les insultaient. Infamie associée matériellement dans le rêve à l'idée d'uriner. Nous pouvons donc en déduire, sans risque de nous tromper, que l'inconscient de Reine contient le souvenir d'une punition analogue : ses jeux urinaires ont dû être surpris et sévèrement châtiés, châtiment qui, pour la petite fille qui le subit, équivalait affectivement à celui des femmes à la tête rasée. On conçoit aisément que la pauvre enfant n'ait jamais pu surmonter semblable trauma.

Quant à la personne qui le lui infligea, tout nous porte à croire que ce fut cette gouvernante alsacienne, dont le souvenir hante encore son esprit au point qu'elle la chasse symboliquement de la maison en en chassant le sous-locataire alsacien. Lors de l'éclosion de sa maladie, elle déclarait en effet que l'esprit de cette gouvernante continuait à régner dans la maison : « Cela veut dire qu'on est encore en train de nous traquer, de nous épier », me répondit Reine, lorsque je lui demandai ce qu'elle entendait par ces paroles. A l'époque où elle avait apparemment opté pour le mariage, elle était en proie à une honte constante et elle avait une telle hantise d'être mal jugée qu'elle passait son temps « à imaginer les jugements qu'on pourrait faire sur elle ! », allant parfois jusqu'à croire que les garçons se moquaient d'elle dans les rues. La crainte de la moquerie est donc enracinée en elle, et c'est de la part de jeunes garçons qu'à la suite de la punition

publique elle eut jadis à subir les railleries les plus cruelles. En résumé: *des persécutions analogues à celles qui ont arrêté pour toujours l'évolution d'Hector et de Sébastien ont également arrêté l'évolution de Reine.*

Si nous passons maintenant à une autre inévolution affective, constamment mise en évidence dans les schizophrénies au début, c'est-à-dire à *la persistance du complexe d'Œdipe*, nous dirons simplement que cette persistance avait été notée par Mlle Boutonnier et que le père de la malade l'avait également soupçonnée. Reine, comme toutes les Œdipiennes, haïssait sa mère (nous savons qu'elle l'insultait et allait parfois jusqu'à la frapper).

Le temps nous manque pour expliquer les raisons — venues de l'extérieur — qui, sitôt après la deuxième séance, furent cause que Reine fit sur moi le transfert affectif de la gouvernante alsacienne et devint, de ce fait, impossible à aborder. Transfert dont, à l'époque, nous ne soupçonnâmes pas la nature et que, par conséquent, nous ne sûmes pas maîtriser (notre expérience des schizophrènes se bornait alors à Félicité qui était maniaque et à Aglaé qui était démente). M. Heuyer, devant l'agressivité de la malade, jugea que l'expérience avait échoué et mit bientôt Reine dans la salle commune, où tout traitement devint impossible. Bref, après avoir été confiée à un jeune confrère, Reine passa par la clinique de Sainte-Anne, puis fut transférée à Ville-Evrard. Là, son évolution fut celle de mainte schizophrène : elle ne parla plus, puis elle refusa de se vêtir et vécut nue sur son lit pendant des mois, reprenant toutefois quelque contact avec le monde extérieur lorsqu'un interne dévoué s'occupa d'elle particulièrement et encouragea la famille à aller de nouveau la visiter.

Nous espérons avoir prouvé par cette observation que Reine était semblable en tous points aux schizophrènes qui, soignés dans le début de leurs troubles par voie psychique, guérissent. Ce qui du reste ne constitue pas une critique de la thérapeutique par les comas qui lui furent infligés, la possibilité de guérir une schizophrénie par voie psychique étant alors totalement exclue.

Injectons intracérébrales. Résultats thérapeutiques obtenus en trois ans, par M. Paul GUYOT

Publier des résultats thérapeutiques en médecine mentale n'est pas une entreprise aisée. A partir d'un certain nombre, on ne peut échapper à la méthode statistique. Or, ici plus qu'ailleurs, l'imperfection du diagnostic, la multiplicité des facteurs thérapeutiques ou accidentels qui interviennent dans la modification d'un état mental, les difficultés qu'on rencontre dans l'appréciation même des résultats, souvent trop

nuancés et trop individuels pour se laisser enfermer dans une récapitulation hâtive, accumulent de très nombreuses erreurs sous l'apparente précision des chiffres.

Afin de réduire celles-ci dans la mesure du possible, nous avons procédé de la façon suivante : tout d'abord, nous avons amputé notre statistique générale d'une très large moitié. Sur 190 malades, nous n'en gardons que 73 : celles (1) que nous avons traitées, et observées à loisir dans notre service. Là seulement, nous étions bien placés pour connaître les événements physiques ou psychiques de la cure. D'autre part, le diagnostic et l'appréciation des résultats étaient affectés du même coefficient personnel, le nôtre.

En second lieu, nous avons renoncé à la classification habituelle en « guérisons », « améliorations », et « échecs ». Dans la réalité, ces termes, et les chiffres qui les accompagnent, sont souvent dépourvus de toute signification. *Le mot guérison est bien optimiste, et le mot amélioration des plus douteux.* Seul le mot échec ne prête pas à équivoque. Nous avons donc adopté un système un peu plus compliqué, mais qui nous a paru serrer de plus près la réalité clinique et « sociale ». Nos malades sont rangées en cinq catégories :

Catégorie I. — On observe un retour intégral à l'état antérieur. Aucun élément pathologique apparent ne subsiste. Le sujet récupère non seulement sa vie, mais son autonomie sociale. Exemple : de nombreux états dépressifs. 16 de nos malades, soit 22 % environ, rentrent dans cette catégorie.

Catégorie II. — Il persiste des manifestations pathologiques, mais elles sont compatibles, ici encore, avec la vie et l'autonomie sociales. Exemple : le grand mélancolique qui conserve une certaine hyperémotivité. 16 malades encore, soit 22 % environ, s'inscrivent ici.

Catégorie III. — Les modifications sont plus circonscrites. Elles permettent la sortie dans certaines conditions de milieu. Le malade n'a pas d'autonomie sociale. Il a besoin de l'assistance de tiers. Exemple : le schizophrène qui perd ses grands symptômes antisociaux (catatonie, impulsivité, agitation, délire, etc...) et retrouve un bon contact affectif avec sa famille. Nous comptons ici 13 malades, soit 17 % environ.

Ces trois premières catégories vont nous fournir le nombre de nos malades sortis.

Catégorie IV. — Les modifications sont plus circonscrites encore. Le malade reste un sujet d'asile. Cependant, il a retrouvé une certaine activité alors qu'il n'en avait plus aucune. Exemple : le catatonique qui se lève, fait sa toilette, s'alimente, et, sous une direction attentive, se livre à de menus travaux. 14 malades, soit 19 % environ.

Dans la *catégorie V* se rangent enfin les échecs complets. 14 malades, soit 19 % environ.

(1) Toutes sont des femmes.

Le nombre total des sorties est donc à ce jour de 45, soit 60 %. 32, soit 44 %, mènent une vie autonome. 28, soit 40 %, n'ont pas quitté l'hôpital, ou ont rechuté rapidement, c'est-à-dire dans l'année même (1).

Suivant le diagnostic, nous avons distingué :

« *Etats dépressifs* » : 26 cas (injections centrales et sus-orbitaires. Sérum glucosé isotonique, avec ou sans acécholine, ou extraits placentaires).

Catégorie I : 11 ; catégorie II : 8 ; catégorie III : 2 ; catégorie IV : 3 ; catégorie V : 2.

21 de ces malades sont donc sorties à ce jour, dont 19 dans de très bonnes conditions.

Les formes de la ménopause ou de la présénilité, soit simples, soit accompagnées d'hypocondrie et de troubles cénesthésiques, semblent réagir avec constance (12 sur 13). Produits utilisés : sérum glucosé, et surtout extraits placentaires.

La mélancolie délirante, avec auto-accusation, ou idées de persécution, nous a donné trois échecs sur huit.

La mélancolie périodique, devenue chronique après de nombreux accès, est interrompue, mais semble rechuter au bout d'un an. Toutefois, elle redevient sensible à l'électro-choc.

« *Etats mixtes* » : 2 cas (injections centrales et sus-orbitaires. Sérum glucosé isotonique).

Catégorie III : 1 ; catégorie IV : 1.

L'agitation se calme, les éléments anxieux disparaissent, laissant la place (dans les deux cas considérés) à une hypomanie sans mélange.

« *Caractérielles* » : 2 cas (injections centrales et péricalleuses. Sérum glucosé et acécholine).

Catégorie I : 1 ; catégorie III : 1.

C'est parce que nous avons vu dans leur psychose (qui faisait d'elles des fléaux familiaux), la forme maxima de l'anxiété irritable, que nous avons traité ces malades en agissant à la fois sur l'anxiété et l'hypersthénie, par des injections centrales et péricalleuses. Résultat satisfaisant dans les deux cas.

« *Psychasthénies et obsessions* » : 5 cas (injections centrales et sus-orbitaires. Glutamate de sodium et potassium).

Catégorie I : 2 ; catégorie II : 1 ; catégorie III : 2.

Ces 5 malades sont donc sorties. 3 d'entre elles ont retrouvé une vie autonome, avec leur activité. L'amélioration consiste en la disparition des obsessions ou en leur meilleure tolérance.

« *Schizophrénie* » : 18 cas (injections centrales, sus-orbitaires, péricalleuses. Sérum glucosé, acécholine ou maxiton).

Ici, nous devons distinguer :

(1) N. B. — Nous ne tenons pas compte de ces « rémissions ».

a) 9 déments précoces chroniques avec symptômes très graves et anciens (catatonie, agitation), et qui ont donné :

Catégorie IV : 6 ; catégorie V : 3.

b) 9 hétéropsychies plus récentes mais néanmoins confirmées, dont 4 délirantes, avec hallucinations, et 5 avec blocage affectif, désadaptation sociale, semi-mutisme, opposition, impulsivité, etc. Ce sont ces schizophrénies encore affectives, et souvent hyperémotives mais bloquées, qui réagissent le mieux.

Catégorie I : 1 ; catégorie II : 2 ; catégorie III : 3 ; catégorie IV : 2 ; catégorie V : 1.

6 schizophrènes sont donc sorties et mènent une vie subnormale.

« *Syndromes toxiques* » : 3 cas (injections centrales et sus-orbitaires. Sérum, glucosé isotonique, acéchole).

Nous groupons sous ce titre une psychose puerpérale et deux intoxications alcooliques.

Catégorie II : 2 ; catégorie V : 1.

La psychose post-puerpérale est une des premières malades que nous ayons opérées (décembre 1950). Un an après l'accouchement, elle présentait l'aspect d'une psychose anxieuse « atypique » et rebelle aux thérapeutiques usuelles. Evolution favorable. Catégorie II.

Parmi les psychoses alcooliques :

1) la première se présentait comme la psychose alcoolique subaiguë typique, avec anxiété, onirisme et agitation. Inefficacité des traitements classiques (strychnine, vitamine B, sérum, curéthyl, insuline, etc.). Est opérée au bout de trois mois, en désespoir de cause. Evolution favorable. Catégorie II ;

2) la deuxième se présentait comme une alcoolique chronique caractérielle. Quoique sortie, elle est un échec complet.

« *Déséquilibrées mentales* » : 10 cas. Manifestations morbides diverses (injections centrales, sus-orbitaires, ou péricalléuses. Sérum glucosé. Acéchole. Extraits placentaires.

Catégorie I : 0 ; catégorie II : 1 ; catégorie III : 2 ; catégorie IV : 3 ; catégorie V : 4.

Ici, nous sommes trop loin de toute notion d'entité morbide pour envisager de tirer des conclusions précises.

« *Délires chroniques* » : 7 cas, dont 4 hallucinatoires (injections centrales, sus-orbitaires et temporales. Sérum glucosé, acéchole, novocaïne).

Catégorie I : 0 ; catégorie II : 2 ; catégorie III : 1 ; catégorie IV, 1 ; catégorie V : 3.

3 délirantes sont sorties dans de bonnes conditions et semblent se maintenir. L'amélioration porte sur l'activité délirante, les hallucinations et l'anxiété.

Les injections temporales de novocaïne n'ont donné jusqu'à présent qu'une interruption nette mais éphémère des hallucinations.

« Douleurs irréductibles » : 3 cas (injections centrales, Novocaïne).

Ces trois cas sont rapportés hors statistique, étant donné qu'il ne s'agit pas de malades mentales.

Dans chaque cas, nous avons affaire à des douleurs cancéreuses, à la phase terminale. (Un cancer du rectum propagé à tout le bassin. Deux cancers utérins avec métastases vertébrales).

Dans deux cas, disparition totale, et dans le troisième, sédation authentique mais moins complète des douleurs, jusqu'à l'exitus (de trois à six semaines plus tard).

En résumé, sur nos 73 malades mentaux, nous avons donc 45 sorties, soit 60 %. 32 d'entre elles, soit 44 %, mènent une vie autonome.

Quant à la durée de ces résultats, si l'on ne considère que nos 32 malades socialement récupérées, nous décomptons : depuis moins d'un an : 5 ; de un à deux ans : 9 ; de deux à trois ans : 17 ; au-dessus de trois ans : 1.

Ces résultats, obtenus pour la plupart chez des malades chroniques, ou soi-disant telles, peuvent être, selon l'expression consacrée, considérés comme intéressants ». D'autant plus qu'ils sont acquis à peu de frais, et pratiquement sans inconvénient ni danger d'aucune sorte pour le malade.

L'acte opératoire n'entraîne aucune douleur appréciable ni phénomène de choc. Il n'est pas dangereux : la mortalité en ce qui concerne nos 73 malades est égale à zéro. L'hémorragie intracrânienne que l'on pouvait théoriquement redouter ne s'est en fait jamais manifestée dangereusement. Nous avons à ce jour opéré 190 malades, c'est-à-dire pratiqué environ 685 injections (nous rappelons qu'elles sont toujours bilatérales d'emblée et répétées plusieurs fois). Le nombre des opérés de Paul Abély dépasse largement les 100. Jamais nous n'avons, ni l'un, ni l'autre, observé d'accident vasculaire notable.

Ces bons résultats, nous les attribuerions volontiers :

1) au fait que nous posons maintenant des indications beaucoup plus serrées qu'au début de nos recherches, quand avec notre maître, Paul Abély, nous entreprenions un véritable travail de défrichage ;

2) au fait que notre technique a gagné en précision. Le repérage radiographique préalable, la répétition des injections (3 à 4 fois en moyenne), la combinaison en des points différents de l'encéphale (injection centrale, sus-orbitaire, péricalléuse, temporale, suivant les cas) ont certainement amélioré nos résultats) ;

3) à la sélection des produits injectés. Sans doute, les brèves indications que nous avons données à propos de chaque syndrome conservent un caractère expérimental, mais nous sommes frappés par l'effet de certaines substances, telles qu'un glutamate complexe de sodium et de potassium (1) et les extraits placentaires ;

(1) Mis au point par notre ami André Pélou, chef de travaux à la Faculté de Paris.

4) à l'application d'un traitement complémentaire, en particulier la pneumothérapie, et l'électro-choc, rendu possible par la sensibilisation nouvelle de la psychose à ces actes thérapeutiques qui avaient perdu leur efficacité. Il semble qu'on assiste alors à une sorte de rajeunissement de la maladie. L'électro-choc se montre efficace à distance en cas de rechute menaçante (après un an par exemple) ;

5) à l'action psychothérapique du milieu après l'intervention.

Ce facteur thérapeutique a une importance capitale dans le *développement* et la *consolidation* des résultats. Nos opérés, en effet, ne présentent à aucun moment de troubles déficitaires. La confusion post-opératoire comme le déficit intellectuel, affectif ou éthique tardif, s'observent après les délabrements causés, soit par une section importante, soit par une injection massive (et dilacérante) de liquide (10 et même 15 cc.) (1). Chez nos malades, l'anxiété disparaît, mais elles conservent avec leur lucidité leur fragilité constitutionnelle. Aussi, immédiatement après l'intervention, elles doivent être isolées dans le calme et remises entre les mains d'un personnel averti, et lui-même très affectif. De là, une fois l'ensemble du traitement terminé, et dès que l'amélioration se confirme, elles sont dirigées sur un pavillon de convalescence et retrouvent une vie sociale limitée mais réelle, qui amorce de bonne heure leur réadaptation.

La comparaison de ces résultats avec ceux que nous a donnés la lobotomie n'est pas dépourvue d'intérêt.

19 de nos malades ont été lobotomisées en 1949 et 1950, suivant l'excellente technique de D. Ferrey. Notre système de classement donne le tableau suivant (les décimales ont été négligées pour le pourcentage) :

Catégorie I : 2 ; catégorie II : 3 ; catégorie III : 3, soit donc 8 sorties sur 19 ; catégorie IV : 2 ; catégorie V : 5 ; aggravés : 2, soit donc environ 42 % de sorties, dont 26 % de récupérations sociales.

Quoique cette statistique soit très limitée, ces résultats, numériquement inférieurs aux précédents, sont néanmoins, eux aussi, intéressants. Mais nous avons dû ouvrir une catégorie spéciale : celle des aggravations. L'une d'elles (affaiblissement affectif et éthique chez une mélancolique simple) nous a fait abandonner, jusqu'à nouvel ordre, la lobotomie.

A la lecture de nos observations, que nous ne pouvons publier ici, il apparaît que les malades récupérées socialement après lobotomie (catégories I et II) et chez qui l'anxiété était le symptôme majeur, répondent à nos cas les plus heureusement traités par injections intracérébrales.

Il existe cependant une différence sensible entre ces deux sortes de « guérison ». Nos lobotomisées semblent présenter une modification

(1) Nous injectons de 4 à 5 cc. au maximum.

affective plus radicale. Elles acquièrent rapidement un optimisme que ne partagent pas nos malades injectées. Celles-ci, nous l'avons déjà dit, conservent une inquiétude de l'avenir, une appréhension de la rechute et une sorte de fragilité affective qui ne disparaît qu'avec le temps.

Faut-il voir là la rançon du « respect de la personnalité » ? Quoi qu'il en soit, nos 73 malades d'aujourd'hui nous permettent de penser qu'une intervention directe sur les lobes frontaux, même répétée, peut être assez bien réglée pour n'entraîner aucune déchéance secondaire, tout en supprimant certains symptômes morbides. Le problème « moral » de la psychochirurgie se ramène probablement à un problème technique, auquel l'avenir apportera sa solution.

Dans une prochaine publication, nous ferons un exposé détaillé de nos techniques personnelles en l'illustrant des diverses radiographies que nous vous avons présentées aujourd'hui.

DISCUSSION

M. Paul ABÉLY. — De l'exposé de M. Paul Guyot, il apparaît une fois de plus, comme il le dit lui-même, que la méthode statistique est très relative dans ses conclusions et en particulier qu'elle varie avec le total des cas traités. C'est ainsi que sur mes 203 interventions personnelles, je dois reconnaître que ma statistique est un peu moins optimiste. J'ai obtenu environ 2 sur 10 de résultats heureux, soit 20 %. Cette proportion, quoique modeste, reste cependant encourageante, puisqu'il s'agissait toujours de cas anciens qui avaient résisté aux traitements antérieurs. Parmi ces résultats heureux :

- 6 sont sorties depuis trois ans et n'ont pas récidivé ;
- 7 depuis deux ans ;
- 11 depuis un an.

Seuls ont guéri d'une façon stable ou ont été très améliorés, les cas psychopathiques qui étaient à base d'anxiété, d'hyperémotivité, d'hyper-sympathicotonie et, par ordre de fréquence, il s'agissait : de mélancolies post-ménopausiques, de mélancolies trainantes de l'âge adulte rebelles à l'électrochoc, de psychasthéniques obsédés et aussi de psychoses paranoïdes.

En milieu familial ou privé (chambre particulière dans une clinique), la proportion de ces cas heureux augmentait considérablement.

Jamais, et j'insiste d'une façon toute particulière, pour répondre à certaines insinuations tendancieuses qui sont arrivées jusqu'à moi, jamais, dis-je, je n'ai eu d'accidents opératoires immédiats ou tardifs (hémorragies, hématomes tardifs, infection, etc...) sur ces 203 interventions.

J'ai voulu comparer, comme mon ami P. Guyot, nos statistiques avec celles provenant des interventions de la psycho-chirurgie (lobotomies, topectomies, etc...) ; elles sont, à très peu de choses près, identiques, et dans leur proportion de succès, et dans celle des types psychopathiques heureusement influencés.

J'ai régulièrement retenu que, chez les anciens lobotomisés, notre technique des injections intra-cérébrales devenait totalement inefficace. Cette constatation me laisse à penser de plus en plus qu'avant d'en arriver à l'intervention mutilante, il serait peut-être indiqué de commencer d'abord par notre technique inoffensive, facilement renouvelable, à la portée de tous au point de vue technique et qui, rigoureusement, n'amène jamais le moindre déficit intellectuel, affectif ou social.

Psychose cortisonique, par M. J. RONDEPIERRE

Nous avons pensé intéressant de vous rapporter ici l'observation d'un médecin asthmatique victime de la cortisone.

Ces cas de troubles psychopathiques consécutifs aux traitements par la cortisone ou l'A.C.T.H. commencent à être bien connus en France depuis la thèse de Lauras (1953), qui en a rapporté 10 observations ; la psychose « cortisonique » traitée par nous a offert la particularité d'avoir été très grave et longue à guérir, mais le résultat est parfait et le recul est maintenant de 22 mois.

OBSERVATION. — M. X... Jean, 29 ans, médecin. Rien d'intéressant dans les antécédents. Aucun aliéné dans les familles maternelle et paternelle. A noter seulement, après une pneumonie, un asthme grave apparu à l'âge de 2 ans, qui disparaît progressivement après une cure au Mont-Dore.

En 1943, virage de la cuti-réaction tuberculinique dans le service du Dr Jacquelin. Un crachat hémoptoïque. Bacilles de Koch trouvés une seule fois. Réapparition de l'asthme. Traitement par la tuberculine intra-dermique par le Dr Jacquelin, mais poussée congestive du poumon droit, fatigue et légère fièvre font interrompre le traitement. Persistance des crises d'asthme plus ou moins espacées. Nombreux traitements, notamment par le professeur Pasteur-Valléry-Radot et par le Dr Cantonnnet. Aggravation en janvier 1951. Le 15 janvier 1951, injection de 250 mgr. de cortisone. Fin février, apparition de troubles mentaux de type maniaque, traités d'abord par électrochocs par le Dr Noël Péron.

Certificat de placement (30 août 1951) : ...présente depuis quelques mois des troubles mentaux excito-dépressifs traités en maison de santé par des séries d'électro-chocs. Le malade se présente actuellement dans un état dépressif avec sentiment de malaise, d'étrangeté de l'ambiance, inquiétude hypocondriaque, demande de réconfort et de médication. Propos décousus, phrases répétées et inachevées. (Signé : Dr LAUMÉZON).

Certificat immédiat (31 août 1951) : ...est atteint de psychose périodique. A été placé à la maison de santé de Suresnes. A reçu en plusieurs séries une vingtaine d'électro-chocs. Avoue avoir eu des idées de suicide qu'il affirme n'avoir plus. Actuellement déprimé, dysmnésique, sub-confus. Trémulant. Est peut-être sous l'effet de médicaments. Serait insomniaque. Placement justifié. (Signé : Dr RONDEPIERRE).

Certificat de quinzaine (13 septembre 1951) : ...est atteint de schizophrénie. Automatisme mental fruste. Idées délirantes de persécution, prétend qu'on veut le disséquer. Hallucinations auditives et olfactives. Indifférence foncière. Aproxexie. Apragmatisme total. Idées continuelles de fuite. Impulsivité. Violences sur l'entourage (malades ou infirmiers). A cherché à se brûler en vertu d'idées délirantes. A dit à sa famille que s'il savait ne pas guérir il se suiciderait. A maintenir. (Signé : Dr RONDEPIERRE).

Certificat de sortie (10 novembre 1951) : ...est entré pour un état paraissant être une psychose périodique et qui a évolué sous nos yeux avec les

signes les plus nets de discordance. Echec des électro-chocs, de la cure de Sakel sans chocs ; guérison par intrication des chocs avec l'insuline (au 23^e coma), au total 38 comas et 6 chocs intriqués. (Signé : D^r RONDEPIERRE).

Ce qui frappe dans l'observation, c'est l'*atypicité du tableau clinique* : humeur changeante. Appétit capricieux. Incurie. Apragmatisme. Impulsions. Irascibilité. Tentatives de fuite. Idées délirantes de persécution avec invraisemblance des thèmes. Hallucinations auditives (auxquelles il répond). Hallucinations olfactives.

Examens de laboratoire : cholestérol sanguin, 1,95 % ; numération globulaire ; globules rouges, 5.500.000 ; globules blancs, 11.500 ; formule leucocytaire : poly-neutrophiles, 64 ; éosinophiles, 3 ; basophiles, 1 (68 %) ; leucocytes, 28 ; monocytes, 4 (32 %). Vernes-résorcine : 10 unités. Sédimentation : 1, 2, 4. Bordet-Wassermann : négatif dans le sang. Dosage des 17-cétostéroïdes : 5 mgr. 2 par 24 heures.

Sorti le 9 novembre 1951 ; il rechute presque aussitôt, et on le réinterné le 15 novembre.

Certificat de placement (15 novembre 1951) : ...présente un état dépressif évoluant depuis peu ; rechute d'un état excito-dépressif soigné en maison de santé depuis quelques mois. Actuellement, le sujet est semi-mutiste, émettant quelques idées mélancoliques et de persécution par brèves phrases souvent incohérentes. (Signé : D^r DAUMÉZON).

Certificat immédiat (16 novembre 1951) : ...sorti le 9 novembre 1951 du service avec toutes les apparences de la guérison. A rechuté rapidement. Présentation confuso-mélancolique. Semi-mutisme. Perplexité. Egarement. Anxiété diffuse. Inconscience de son état. Stéréotypies verbales. « Vous savez bien que je suis innocent ! » Idées délirantes de persécution non systématisées. « Ils en ont trop dit pour que ce soit vrai... » Incohérence des propos. « En dehors de la médecine, il n'y a pas de pensée. » Pas d'insomnie. A maintenir. (Signé : D^r RONDEPIERRE).

Certificat de quinzaine (29 novembre 1951) : ...a présenté à nouveau un accès confuso-mélancolique qui s'est très rapidement amélioré sous l'influence de l'électro-narcose. Il est prudent de le conserver encore un peu au service fermé, étant donné la rapidité de la rechute. A maintenir. (Signé : D^r RONDEPIERRE).

Certificat de sortie (4 juin 1952) : ...présente un état schizophrénique. Amélioration apparente ; en fait, bizarreries, maniérisme, soliloques, probabilité d'hallucinations auditives. Peut être remis en liberté, sa mère désirant le placer à la maison de santé de Villeneuve-Saint-Georges. (Signé : D^r RONDEPIERRE).

Traitements suivis durant ce deuxième internement : électro-narcose, 5 séances = amélioration rapide mais passagère ; cure de Sakel (janvier-février-mars) = 53 comas.

En mars 1952, était mieux mais riait seul et paraissait halluciné.

COMMENTAIRE. — Dans l'hormonothérapie cortico-surrénale, disent F. Coste, J. Cayla et F. Delbarre (1), le risque mental est *l'un des plus*

(1) *Cortisone et corticostimuline (A.C.T.H.) en rhumatologie*, 1 vol., p. 49, Masson et C^{ie} édit.

inquiétants ; « la fréquence de ces accidents s'est chiffrée jusqu'ici « aux environs de 1 % ». « L'allure clinique très spéciale des accidents est à première vue fort complexe, associant souvent chez un « même malade la confusion mentale, des réactions maniaques ou « hypomaniaques, la dépression mélancolique, l'anxiété, des délires « mobiles et polymorphes, parfois l'apparence d'une schizophrénie, « d'une catatonie, d'un délire paranoïde, qui se succèdent et s'intriquent jusqu'à défigurer toute tentative de classement dans un des grands « cadres de la psychiatrie. »

• Nous soulignerons seulement à quel point la symptomatologie de notre malade répondait à cette description.

« En fait, derrière cette richesse désordonnée d'expressions cliniques, la psychose cortico-surrénalienne garde une personnalité très « accusée, qui tient, comme le marque justement Luras, à l'existence « d'un élément constant : l'altération globale et l'obscurcissement de « la conscience, imprimant à tous ces troubles cliniques une allure « confuso-onirique constamment reconnaissable.

« Tous les degrés existent entre la confusion stuporeuse, le simple « état crépusculaire, et des bouffées confusionnelles, comparables aux « bouffées délirantes aiguës polymorphes des dégénérés de Magnan « (ce qui évoque l'hypothèse d'une prédisposition morbide) et à certaines confusions aiguës dites toxi-infectieuses (ce qui permet « d'imaginer dans le déterminisme de celles-ci l'existence d'un « chaînon pathogénique diencéphalo-hypophyso-surrénal).

« Mais les psychoses cortico-surréniennes ressemblent surtout, « comme nous l'avons fait remarquer avec Bertagna, aux psychoses « puerpérales, rapprochement évocateur, vu l'existence d'un important hyperfonctionnement cortico-surrénal au cours de la grossesse. »

Nous soulignerons encore dans notre observation certains traits déjà indiqués par nombre d'auteurs : apparition des troubles psychiques à la cessation du traitement (les spécialistes recommandent une interruption progressive) ; traitement cortisonique (ou A.C.T.H.) ayant pu être très court et administré à dose faible (c'était le cas) ou même très faible.

Notre malade n'avait pas d'antécédents vésaniques nets (personnels ou héréditaires), ce qui est très rare, mais fortifie notre opinion sur l'étiologie cortisonique. Il était, il est vrai, asthmatique, et pour certains auteurs — notamment Kourilsky, Jacquelin et Turiaf (1) — le psychisme des asthmatiques est rarement normal.

Coste et ses collaborateurs trouvent les auteurs américains trop optimistes en ce qui concerne le pronostic : curabilité régulière et surtout brièveté d'évolution, dernier caractère qu'infirmait notre observation.

(1) A. JACQUELIN, J. TURIAF, M. ROMAN, J. MARTINETTE : L'asthme et sa pathogénie diencéphalique. *Le monde médical*, novembre-décembre 1951, page 358.

DISCUSSION

M. M. BERGERON. — rapporte un cas semblable, qu'il a pu suivre à l'hôpital psychiatrique de Villejuif avec M. D. Bonnet. Il s'agissait d'un malade nord-africain, manœuvre, âgé de 27 ans, ayant séjourné dans divers hôpitaux parisiens pour un lupus érythémateux disséminé chronique, traité avec succès de juillet à octobre 1950 (service du professeur Coste) par l'A.C.T.H. : 100 mgr. par jour, soit 3 gr. 800 au total. Apparition de troubles mentaux en fin de cure. Traitement par la cortisone avec état stationnaire. Après trois séances d'électro-choc à la Pitié, amélioration légère mais transitoire. La mesure d'internement doit être prise à la suite d'agitation sur fond dépressif atypique. Le malade est admis dans notre service le 13 janvier 1952 pour un syndrome confusionnel avec obnubilation, désorientation, mutisme, mutisme fréquent, inhibition, indifférence, anxiété épisodique. Urée sanguine : 0,39. Les thérapeutiques symptomatiques et habituelles restent inefficaces. Ce n'est qu'un mois après un traitement par électro-choc (huit séances espacées, à minima), que se produit une amélioration sensible, suffisante d'ailleurs pour permettre, après quatre mois de séjour, un rapatriement en Afrique du Nord.

Cette observation appelle les remarques suivantes : 1) au point de vue clinique, cette psychose de l'A.C.T.H. et cortisonique s'est traduite par un état confusionnel avec agitation et un syndrome type bouffée polymorphe (fréquente chez les Nord-Africains). Il semble qu'elle ait été précédée, favorisée par diverses anomalies psychiques antérieures ; 2) elle doit attirer l'attention sur les dangers de la cortisone et de l'A.C.T.H., qui ont fait l'objet de la thèse de Luras (Paris, 1952) et de divers travaux (Coste, Bertagna, etc.). L'emploi de ces thérapeutiques doit être réglementé et surveillé.

M. Paul ABÉLY. — L'intérêt de l'observation présentée par M. Rondepierre est grand et il est précieux de recueillir ainsi de temps à autre de tels documents. Je me demande si ces accidents psychiques ou autres dus à la cortisone ne sont pas un peu dus à quelque imprudence de la part des thérapeutes. Dans la période actuelle, on a trop tendance à employer d'une façon de plus en plus automatique et standardisée tout traitement nouveau qui montre une action utile et réelle. C'est ainsi qu'on multiplie dans notre spécialité les électro-chocs quelquefois un peu sans discrimination, qu'on injecte des antibiotiques au moindre bobo, quitte à rendre le sujet résistant vis-à-vis d'eux quand il en aura réellement besoin. Surtout on manie les hormones, véritables substances explosives, souvent sans contrôles biologiques préalablement indispensables.

Or, la cortisone s'adresse à un cas très précis, celui de la chute des 11-oxycorticostéroïdes, dont le chiffre varie entre 0 mgr. 10 et 0 mgr. 40. Il ne s'agit pas d'une insuffisance cortico-surrénalienne globale élective, où le plus souvent les 17-cétostéroïdes et les hormones minéraloïdes sont peu modifiées.

Or, on emploie maintenant la cortisone pour n'importe quelle algie, n'importe quel syndrome plus ou moins rhumatoïde sans contrôler le taux des 11-oxycorticostéroïdes et l'on arrive alors à ce résultat : d'ajouter à un sujet un supplément de 11-oxycorticostéroïdes alors que celui-ci en est déjà saturé, d'où les accidents, tel que celui présenté ici. L'on s'était basé sur la seule donnée des 17-cétostéroïdes, correspondant à 5 mgr. 2 (chiffre d'ailleurs peu inférieur à la normale) sans connaître le taux des 11-oxycorticostéroïdes. M. Rondepierre rappelle l'opinion de M. Bertagna sur la ressemblance de ces psychoses cortisoniques avec les psychoses puerpérales, en les mettant sur le compte d'un « important hyperfonctionnement cortico-surrénal au cours de la grossesse ». Or, des recherches poursuivies depuis de nombreuses années m'ont permis de constater que, dans les psychoses puerpé-

rales, il n'y a jamais hyperfonctionnement cortico-surrénalien global, mais seulement électif, et qui varie selon l'âge de la grossesse : fléchissement des minéraloïdes dans les cinq premiers mois, avec augmentation des 17-cétostéroïdes et des 11-oxycorticostéroïdes, alors que dans les trois derniers mois il y a retour progressif au normal des minéraloïdes, chute accentuée des 17-cétostéroïdes, fléchissement des 11-oxycorticostéroïdes. Enfin, dans les psychoses du post-partum : nouvelle chute des minéraloïdes, retour à la normale des 17-cétostéroïdes et forte augmentation des 11-oxycorticostéroïdes durant les premières semaines.

Au cours des cures de Sakel, je contrôle toujours le taux des 11 et 17, avant et après la cure. Quand celle-ci est terminée et que le taux des 11-oxycorticostéroïdes est nettement bas, je tente un traitement complémentaire par la cortisone, dans ces seuls cas seulement, avec des résultats variables, mais jamais avec des complications mentales.

Il est probable qu'il existe des psychoses cortisoniques autonomes, d'ailleurs rares, mais je crois que la majorité d'entre elles dérive de l'utilisation de cette hormone, sans contrôle biologique électif préalable.

M. M. LETAILLER. — Avec mes collaborateurs, dont notre collègue M. Schmidt, ici présent, nous avons eu l'occasion de suivre l'évolution d'une psychose due à la cortisone. Nous nous proposons de rapporter prochainement devant vous cette observation. Mais, dès maintenant, il me semble intéressant de faire un rapprochement avec celle exposée par mon maître M. Rondepierre. Comme lui, nous avons remarqué en particulier la variabilité et la mobilité du tableau clinique suivant la prédominance de la teinte maniaque ou de la discordance. Des collègues, à qui nous avons présenté la malade, à quelques jours de distance, ont porté, les uns le diagnostic de schizophrénie, les autres celui de manie plus ou moins confuse. Quoi qu'il en soit, notre malade a fini par guérir ; mais ses réactions organiques nous ont paru être perturbées par le traitement cortisonique qu'elle venait de suivre ; ainsi, un abcès de la fesse a mis des semaines à se collecter.

A propos de la remarque de M. Montassut, je me permets d'indiquer que M. Zwingelstein, élève de M. Delmas-Marsalet (thèse de Bordeaux, 1952), fait jouer un rôle important à l'œdème cérébral dans la genèse des troubles mentaux et des manifestations convulsives survenant au cours des traitements cortisoniques.

Assemblée générale extraordinaire du 25 janvier 1954

M. X. ABÉLY, *secrétaire général*, rend compte de cette séance, au cours de laquelle ont été approuvées les modifications devenues obligatoires de quelques articles des *Statuts* de la Société, ainsi que la décision de porter uniformément la *cotisation* de 4.500 francs à 5.000 francs.

Correspondance

M. B. LOGRE, *président*, saisi par une lettre de MM. M. MONTASSUT et S. LEBOVICI, d'un projet déjà envisagé en 1949 d'une *Société française de psychothérapie*, à laquelle participerait la Société médico-psychologique en même temps que les autres Sociétés psychiatriques, rappelle les décisions prises à ce sujet (voir *Annales médico-psychologiques* de mai et novembre 1949) et expose les conditions actuelles de cette participation. Une discussion s'engage, à

laquelle participent MM. H. BARUK, G. COLLET, L. MARCHAND, M. MONTASSUT. En conclusion, la Société désigne son *président*, son *secrétaire général*, ainsi que MM. G. COLLET et O. GARAND, pour la représenter au cours des réunions du Comité chargé de rechercher les bases d'établissement d'un statut.

La « *Royal Medico-psychological Association* » ayant invité la Société médico-psychologique à se faire représenter à sa réunion générale, qui aura lieu en juin prochain, le Dr Noël PÉRON, membre titulaire, est désigné pour représenter la Société à cette réunion.

Le Bureau du Congrès des *médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* ayant invité la Société à se faire représenter à la 52^e session de ce Congrès, qui aura lieu à Liège du 21 au 31 juillet 1954, le Dr Paul ABÉLY, *vice-président*, est désigné pour représenter la Société à cette session.

Nomination d'un membre honoraire

M. le Dr A. HESNARD, membre titulaire de la Société depuis le 28 mai 1931, demande à être nommé membre honoraire. M. A. Hesnard remplissant les conditions requises par les statuts est nommé *membre honoraire* à l'unanimité des membres présents.

Élection de deux membres correspondants nationaux

Après lecture du rapport de M. Paul ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. René CHARPENTIER, Xavier ABÉLY et Paul ABÉLY, M. V.-J. DURAND est élu *membre correspondant national*, par 18 voix sur 19 votants.

Après lecture du rapport de M. Emmanuel MARTIMOR, au nom d'une commission composée de MM. Emmanuel MARTIMOR, Pierre MENUAU et M. Yves-J.-M. PORC'HEB, M. Etienne THILLAT est élu *membre correspondant national*, par 17 voix sur 19 votants.

La séance est levée à 18 heures 15.

Le secrétaire général :

Xavier ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 7 janvier 1954

Présidence : M. A. THÉVENARD, président

Présentation et discussion d'une encéphalopathie infantile acquise, évolutive, par MM. G. HEUYER, M. FELD, H. DANON-BOILEAU et A. LALISSE.

Observation d'une fillette ayant présenté, à la suite d'une amygdalectomie, une hémiplégie droite avec aphasie. Une première intervention, faite à la recherche d'une cicatrice, a entraîné une accentuation des mouvements anormaux et l'apparition d'une crise comitiale correspondant à un foyer électrique caractéristique. Une encéphalographie gazeuse récente montre une nette tendance à l'aggravation de l'atrophie corticale, et les auteurs posent le problème de l'indication à la gyrectomie dans ces encéphalopathies évolutives.

Les chronaxies vestibulaires et les chronaxies sensitives dans les membres fantômes, par MM. G. BOURGUIGNON et B. WEIL.

Etudiant les chronaxies du malade précédemment présenté par eux, les auteurs ont trouvé une augmentation des chronaxies vestibulaires et une valeur normale des chronaxies du crural et du sciatique.

Après excitation électrique du vaste interne, la chronaxie vestibulaire augmente de 15 à 30 %. Ce dernier phénomène n'a jamais été retrouvé chez un sujet normal ou chez un sujet amputé sans membre fantôme ; ceci joint à l'action antialgique de la diélectrolyse calcique transcérébrale est en faveur de l'origine centrale de ce membre fantôme.

Sur les voies de conduction du réflexe cornéen. A propos d'un cas de syndrome de Wallenberg, par MM. D. MAHOUEAU, S. DAUM, J. DUBRISAY et P. BREGÉAT.

Lors d'un syndrome de Wallenberg assez caractéristique les auteurs ont observé les anomalies suivantes : du côté opposé à la lésion, anesthésie faciale à la douleur, la chaleur et la pression avec conservation de la sensibilité cornéenne ; du côté de la lésion : anesthésie cornéenne avec abolition du réflexe cornéen. Ils concluent essentiellement à une atteinte du « *Nucleus sensibilis b* », partie moyenne du noyau gélatineux affecté à la sensibilité des muqueuses cornéennes, buccales et nasales. Cette observation semble prouver que le réflexe cornéen se déroule entièrement dans l'étage nucléaire.

Hémisphérectomie gauche pour atrophie cicatricielle chez un enfant droitier. Discussion de l'acquisition post-opératoire du langage, par MM. G. HEUYER et M. FELD.

Hémisphérectomie gauche chez un enfant droitier porteur d'une atrophie cicatricielle avec retard intellectuel, tendance à l'agressivité, épilepsie et mutité. Après l'intervention, apparition du langage, disparition de l'agressivité et des crises comitiales, développement de l'affectivité ; l'hémiplégie flasque post-opératoire a été rapidement récupérée. Les auteurs soulignent l'intérêt de cette intervention pour libérer le centre du langage de l'hémisphère.

Anévrysme postérieur de la portion susclinôidienne de la carotide interne. Ligature du collier. Guérison, par MM. J. HAGUENAU, J. CHRISTOPHE et B. PERTUISET.

Observation d'anévrysme de la portion sus-clinoïdienne de la carotide manifestée par des crises comitiales, hémorragies méningées et paralysie du moteur oculaire commun droit. Après artériographie, la ligature du collier de l'anévrysme a permis d'obtenir la régression de la paralysie de la 3^e paire.

Sur un syndrome myasthénique et myalgique réalisant une pseudomyopathie à évolution périodique, par MM. Th. ALAJOUANINE, A. LEMAIRE et A. BOURGUIGNON.

Présentation d'un malade dont l'affection évolue depuis quinze ans avec une période de rémission complète de huit ans. Les poussées se manifestent par une impotence fonctionnelle considérable et du myxœdème ; pas de modifications neurologiques, électromyographiques ou anatomiques, aucune action de l'épreuve à la prostigmine, aucune modification métabolique. Il semble s'agir d'une pseudomyopathie d'un genre de neuromyosite non encore décrite.

Contribution à l'étude anatomique des manifestations médullaires observées au cours des discarthroses cervicales, par MM. P.-F. GIRARD, A. GARDE et M. DEVIC.

Après avoir rappelé l'histoire de ces manifestations neurologiques des discarthroses cervicales, les auteurs rapportent une étude anatomique d'un

certain nombre de cas personnels. Macroscopiquement, il s'agit, tantôt d'arachnoïdite pouvant aller jusqu'au kyste arachnoïdien, tantôt d'hyperhémie médullaire avec augmentation de volume. L'étude microscopique montre l'association de plaques de dégénérescence, de lésions vasculaires et d'hématomyélie. Au point de vue pathogénique, le rôle des altérations vasculaires semble essentiel. Le traitement chirurgical n'a d'indication que dans des cas peu évolués.

Paralysies radiales traitées par transposition tendineuse suivant la technique de Merle d'Aubigné, par M. J. BENASSY.

Présentation de deux blessés opérés de paralysie radiale par transposition tendineuse. Bon résultat fonctionnel.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 30 janvier 1954

Présidence : M. P. FOCQUET, président

Un cas de bestialité, par M. P. FOCQUET.

Après avoir rappelé que la fréquence de la bestialité est difficile à apprécier, mais qu'elle se rencontre surtout chez des anormaux graves, l'auteur relate le cas d'un jeune homme de 20 ans, sans tares héréditaires ou personnelles, doué d'une intelligence suffisante, mais de caractère insouciant et têtu, qui se rendit coupable depuis l'adolescence d'actes de bestialité. A 13 ans, il fut témoin d'un tel acte accompli par un fermier et il l'imita. Plus tard, la tendance devint parfois obsédante et il chercha à y échapper par la fuite. Des rapports sexuels normaux ne la firent pas disparaître. Le sujet se rendait compte du caractère dégradant de ses agissements.

Résultats éloignés de cinquante leucotomies bilatérales, par M. P. VERSTRAETEN.

Il s'agit de huit cas de névroses et de quarante-deux schizophrènes opérés depuis plus de cinq ans. Dans le premier groupe, on constata une amélioration avec récupération lentement progressive et reprise de la vie en société. Dans le second groupe, treize malades ont repris la vie sociale, il y eut douze améliorations temporaires, seize échecs et un décès tardif par accès de mal épileptique.

L'auteur insiste surtout sur les améliorations à retardement, après plusieurs années. Il conclut que c'est une intervention qui peut rendre des services chez certains malades chroniques, mais dont les indications sont encore imprécises. Une démente précoce grabataire, opérée à la demande expresse de sa famille, fut, contre toute attente, très améliorée. L'auteur n'a jamais observé aucune aggravation de l'état mental après leucotomie.

Le scrupule psycho-chirurgical, par M. Ch. ROUVROY.

L'auteur discute successivement l'opposition de principe à la psycho-chirurgie, les indications et le problème déontologique ou médico-légal. Il estime qu'un amoindrissement de la personnalité est inévitable, mais acceptable lorsqu'il permet le retour à une efficacité plus grande. Il explique la position de l'Eglise, basée sur le principe de totalité. Le problème reste médical.

Chez les aliénés, nos diagnostics ne sont pas des guides opératoires et il convient de ne pas se presser. L'ergothérapie ne doit pas être opposée à la psycho-chirurgie : elle devient souvent possible grâce à l'intervention. C'est dans les psycho-névroses que les résultats sont les meilleurs, mais c'est là aussi que nos scrupules se multiplient.

La conscience du médecin est mise à une terrible épreuve. L'orateur montre que l'évolution spontanée des névroses est souvent favorable, parfois dans la proportion de 70 %, d'après certains auteurs. Il semble que tous les moyens psychothérapeutiques ne soient pas toujours utilisés. Dans les douleurs chroniques, le problème moral est encore différent, mais ces cas nécessitent aussi un examen psychologique approfondi.

L'orateur discute enfin le problème de la validité du consentement du malade et de celui de la famille.

J. LEY.

Séance du 27 février 1954

Présidence : M. F. FOCQUET, président

(Séance consacrée à la discussion des communications relatives à la psycho-chirurgie).

M. Jacques LEY. — constate que si l'accord est actuellement unanime sur la gravité de la lobotomie, il persiste de sérieuses divergences dans l'appréciation de la gravité et de l'incurabilité des cas qui y ont été soumis. La psychothérapie a été trop souvent négligée. On peut conclure que la lobotomie n'est pas une victoire sur la maladie. Elle est un acte barbare qui consacre au contraire notre impuissance, notre défaite.

Il ressort des documents rapportés ici que, même dans les cas les plus « favorables », le lobotomisé n'est plus capable d'aucun enrichissement moral : il a perdu sa qualité d'homme. Ceci confirme combien la décision psycho-chirurgicale est lourde de responsabilité.

L'orateur discute encore le problème du consentement à l'acte psycho-chirurgical et la signification de l'arrêt soviétique interdisant la psycho-chirurgie.

M. J. FLAMENT. — a vu des indices d'un sentiment de culpabilité dans la manière dont s'est exprimé M. Et. de Greeff dans sa communication. Il se demande si dans les cas rapportés par cet auteur d'autres formes de psychothérapie n'auraient pas dû être tentées.

L'orateur critique le terme de « chirurgie de l'angoisse », qui a parfois été utilisé ; d'autres symptômes sont également appréciés dans un sens qui implique une conception mosaïciste de la personnalité contre laquelle il convient de s'élever.

Enfin, à propos du fait que, même dans la leucotomie unilatérale, certaines inhibitions morales peuvent disparaître, l'orateur discute la conception du sens moral en tant que structure psychologique, type de comportement.

M. E. DE GREEFF. — rappelle l'histoire clinique du cas auquel M. Flament a fait allusion, et en particulier le caractère dramatique du moment où l'intervention a été décidée : il s'agissait d'éviter un meurtre. Les phénomènes de fatigue chronique dont souffrait ce malade ont disparu. Il s'est marié, il a un enfant et il donne trente heures de cours par semaine. Une psychothérapie prolongée eût été bien difficile et bien dangereuse.

L'orateur précise ses idées au sujet des conceptions du « sens moral » et se livre ensuite à une critique des psychothérapies pratiquées actuellement. On oublie trop les données de la psycho-pathologie élémentaire, si bien décrite dans les vieux traités, les données de la clinique et du bon sens. Il ne faut pas délaissier tout cela en faveur de quelques formules qui, bien souvent, ne représentent que des hypothèses.

M. J. L. VAN NYPELSEER. — Il existe des études statistiques valables pour les résultats des psychothérapies, mais il ne semble pas que l'efficacité statistique de la lobotomie ait jamais été établie malgré le grand nombre de cas actuellement publiés.

L'orateur constate que la structure de la personnalité n'a pas été étudiée dans les cas présentés ici. Il discute le danger des psychothérapies non éclairées, des thérapeutiques psychanalytiques incorrectes et l'inspiration analytique de la psychologie actuelle.

M. Ch. ROUVROY. — émet le vœu de voir présenter devant la Société des communications relatives aux résultats des diverses formes de psychothérapie dans des cas graves de psycho-névroses.

J. LEY.

Société belge de neurologie

Séance du 30 janvier 1954

Présidence : M. E. EVRARD, président

Modification de l'électro-encéphalogramme du lapin sous l'action de divers anesthésiques locaux, injectés par voie intraveineuse, par M. L. SOREL.

Etude de six dérivés de la cocaïne au moyen d'une technique permettant l'enregistrement même au cours des crises violentes. Tous les produits étudiés se sont montrés épileptogènes, de même que les anti-histaminiques. Il n'a pas été observé de relation entre le caractère des perturbations et la formule chimique. L'auteur conclut que ces substances sont dangereuses à manipuler, surtout par voie intraveineuse.

Arachnoïdite fibro-purulente mycosique par cladosporium,
par MM. A. DEREYMAEKER et P. DE SOMER.

Chez un mineur de 32 ans souffrant depuis cinq mois d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne à symptomatologie atypique, l'intervention montre un cervelet recouvert d'une arachnoïdite purulente provoquée par une moisissure très répandue dans la nature. L'auteur a retrouvé un seul cas d'abcès cérébral contenant le même parasite. La porte d'entrée est inconnue ; le parasite se montre résistant à toutes les thérapeutiques. Il est possible que ces cas soient révélés par l'usage des antibiotiques, qui détruiraient uniquement le microbe dans des infections habituellement mixtes.

Aspect anatomo-clinique d'un syndrome vasculaire bulbo-protubérantiel,
par MM. J. BRIHAYE, R. HASAERTS et R.-A. LEY.

Etude anatomo-clinique du cas d'un homme de 35 ans issu d'une famille d'hypertendus, qui après de légers accidents vasculaires cérébraux, présentait un syndrome alterne bulbo-protubérantiel, auquel le malade ne survécut que quatre jours.

A l'autopsie : infarctus cardiaque, athérome aortique et cérébral considérable, ramollissements dans le pédoncule droit, correspondant à une lésion de la partie moyenne de la protubérance du même côté ; ramollissements de la calotte à gauche, qui se poursuivait dans le bulbe. Il est remarquable que ces lésions ne se situent nullement dans les territoires des artères les plus athéromateuses.

J. LEY.

Séance du 27 février 1954

Présidence : M. E. EVRARD, président

Myélite post-vaccinale, par M. N. HENNEAUX.

Présentation d'une fillette de 8 ans, sans antécédents, qui développa, quatorze jours après une primo-vaccination, une myélite transverse haute. Le traitement à l'A.C.T.H. semble avoir accéléré la récupération, qui débuta après deux mois. L'auteur montre la relative rareté de cette complication.

Signification morphologique des anastomoses lepto-méningées des artères cérébrales, par M. N. VAN ECKEN.

Etude de l'organogénèse des artères cérébrales par l'injection de cerveaux de fœtus à divers âges. Les arcs anastomotiques, d'abord très importants, régressent à partir du 7^e mois, quand apparaissent les sillons. L'auteur a fait l'étude anatomique comparée de ces anastomoses chez le lapin, le cobaye, le cheval, le singe. On observe la même régression des connexions directes, mais celles qui subsistent restent importantes quoique très variables d'un individu à l'autre.

Les modifications physico-chimiques au cours de la dégénérescence expérimentale des neurofibrilles, par M. J. WILLEMS.

L'auteur a mesuré le potentiel d'oxydo-réduction au cours de la dégénérescence wallérienne. Il étudie les modifications histochimiques correspondant aux trois phases de la dégénérescence reconnues morphologiquement par l'imprégnation à l'argent.

La gaine myélinique en dégénérescence expérimentale et dans la sclérose en plaques. Recherches histochimiques, par M. A. GEREBTZOFF.

Analyse histochimique des lipides de la gaine myélinique. Les altérations débutent au 3^e jour. A la lumière polarisée, la gaine montre une structure sphérocrystalline. Les modifications chimiques ne se produisent qu'au 10^e jour : il y a dégradation des phospholipides et des acétalphosphatides avec libération d'acides gras et d'aldéhydes qui, en se combinant au cholestérol, déterminent un enrichissement en cholestérides.

Dans la sclérose en plaques, les altérations sont très tardives. Le rapport entre la dégénérescence de la gaine et celle du neurite est encore inconnu.

L'électroencéphalographie dans la pratique neurologique courante, par M. J. VAN LAERE.

Relation de quatre cas cliniques : encéphalite, traumatisme, méningiome, glioblastome, dans lesquels l'utilité d'examen électro-encéphalographiques précoces apparaît nettement.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes, par E. MINKOWSKI. *Nouvelle édition revue et augmentée.* (1 vol. in-8°, 254 pages, Desclée de Brouwer édit. Paris 1953).

Ce livre, présenté dans les *Annales* dès sa publication en 1927 (1), est trop connu de nos lecteurs, ainsi d'ailleurs que les idées de l'auteur, pour le leur présenter de nouveau. Elève d'Eug. Bleuler, M. Eug. Minkowski a fait beaucoup pour en propager les conceptions, mais aussi pour les développer, mettant en relief la partie psycho-clinique, structurale, de la doctrine. Aussi, et sous l'influence de l'enseignement de Bergson, s'écarte-t-il souvent de la pensée bleulérienne, en particulier lorsqu'il situe le trouble initial de la schizophrénie, non dans un relâchement des associations, mais dans la perte du contact vital avec la réalité, symptôme dont il a souligné l'importance.

Après l'exposé des notions de schizoïdie et de syntonie, et des problèmes posés en psychiatrie par ces notions, M. Eug. Minkowski montre comment et pourquoi il a été amené à considérer la notion de perte du contact vital avec la réalité comme le trouble essentiel de la schizophrénie. Il montre par des exemples l'orientation apportée aux recherches par ce point de vue et comment le schizophrène, privé de la faculté d'assimiler tout ce qui est mouvement et durée, tend à construire son comportement de facteurs et de critères dont le domaine propre, dans la vie normale, est uniquement la logique, les mathématiques.

Analysant le contenu de la psychose, il est d'accord avec Bleuler pour n'attribuer aux complexes qu'un rôle secondaire dans sa pathogénie de la schizophrénie. Il voit dans une activité primitivement autiste « la clef de voûte de toute la schizophrénie ». C'est pour l'avoir négligé, ajoute-t-il, que l'on a été porté à identifier l'autisme à l'intériorisation, à des états passifs de rêverie, à une absorption de la personnalité par la vie intérieure, faite de complexes et de facteurs imaginaires. Aussi distingue-t-il, à côté d'un « autisme riche », qui a pour prototype le rêve et où les complexes jouent

(1) E. MINKOWSKI : La schizophrénie, analyse par P. GUIRAUD. *Annales médico-psychologiques*, 1927, tome II, p. 455-459.

un rôle prépondérant, un « autisme pauvre », traduisant le côté déficitaire de la personnalité atteinte et qui est « le trouble schizophrénique à l'état pur ». Le schizophrène rêveur n'est pas schizophrène parce qu'il est rêveur : il est schizophrène d'abord et rêveur ensuite.

Il n'y a pas, en effet, à proprement parler, de rêverie morbide mais, plus ou moins modifiés, des éléments de rêverie qui peuvent persister dans une personnalité morbide. Dans un important chapitre, consacré aux attitudes schizophréniques et aux stéréotypies psychiques, M. Eug. Minkowski s'attache à le montrer, en même temps qu'à discuter la notion de schizomanie intercalée par Henri Claude et ses collaborateurs entre la schizoïdie et la schizophrénie et qui, du point de vue clinique, ne semble guère s'éloigner de cette dernière. Toutes ces attitudes, rêverie, bouderie, regrets morbides, sont des phénomènes idéo-affectifs s'accompagnant de symptômes schizophréniques et tendent vers un état de désagrégation psychique. Elles participent au processus schizophrénique et permettent de mieux comprendre certains schizophrènes.

Considérant enfin la portée thérapeutique de la notion de schizophrénie, l'auteur montre les perspectives ouvertes par l'abandon de la notion de démence, la possibilité du rétablissement du contact avec la réalité, la valeur en soi curative de la notion de curabilité, l'appel à l'activité thérapeutique du psychiatre. D'où des applications pratiques, dont certaines alors déjà en action mais aujourd'hui partout répandues : dispensaires psychiatriques, placement familial, ergothérapie, sorties précoces, pyrétothérapie, etc...

A cet exposé critique, dont nous n'avons pu rappeler ici que les grandes lignes, l'auteur, dans cette édition, a ajouté 60 nouvelles pages. Sous le titre « Perspectives », prennent place des développements de l'œuvre primitive, dans lesquels figurent, intimement mêlés comme ils le furent dans une pensée commune et dans un travail en commun, les travaux de Mme Fr. Minkowska et ceux de M. Eug. Minkowski. A la schizoïdie et à la syntonie vient s'ajouter une constitution épileptoïde ou glischroïde « équivalente aux deux précédentes », isolée par Mme Minkowska au cours de recherches généalogiques et centrée sur la notion d'affectivité. D'où l'opposition au type schizoïde, « rationnel », d'un type épileptoïde « sensoriel », types tous deux précisés à l'aide de ces deux méthodes d'investigation que sont le test de Rorschach et les dessins d'enfants. Réserve faite que les types associés sont les plus fréquents (comme d'ailleurs aussi pour schizoïdie et syntonie) avec prédominance plus ou moins grande des éléments de l'un ou l'autre type. Types associés dont la fréquence donne la première place à l'analyse factorielle plutôt qu'au diagnostic différentiel.

A ce chapitre consacré à la typologie constitutionnelle fait suite un chapitre traitant du rôle des mécanismes psychopathologiques : *Spaltung* et *lien*, ce dernier, de nature épileptique, venant s'opposer à la *Spaltung* des schizophrènes. Les mécanismes de la *Spaltung* et du *lien* sont bien mis en évidence par le Rorschach. L'analyse de ces mécanismes montre la parenté de la *Spaltung* et de l'autisme et M. Eug. Minkowski propose de remplacer l'expression « perte de contact avec la réalité » par celle, assurément plus expressive, de « rupture de contact avec la réalité ».

Les pages suivantes sont consacrées au « monde des formes », à ses rapports avec la psychopathologie de la schizophrénie, aux faits de compen-

sation phénoménologique (toute différente de la compensation affective). La psychopathologie clinique et la typologie dépassent ainsi le plan descriptif des symptômes et des traits de caractère. La « forme » a pour fondement l'homme face au monde. Aux trois types décrits correspondent trois pouvoirs formels fondamentaux : le pouvoir rationnel, le pouvoir affectif, le pouvoir sensoriel, dont l'auteur définit les caractères.

L'ouvrage se termine par des considérations sur le rôle du langage, système de références appelé à nous révéler l'essentiel de la structure de la vie en général et de celle de l'être humain en particulier. D'où une sémantique existentielle qui a aussi son champ d'application en psychopathologie. Et si le besoin se fait sentir d'un inventaire « sémantique » de la psychopathologie, « ne s'impose-t-il pas de la même manière en psychologie » ? Ce serait, ajoute l'auteur, un moyen de « la rapprocher à nouveau de l'humain et du vécu ».

Ouvrage datant de vingt-cinq années déjà, pourtant toujours aussi actuel, rajeuni des intéressantes perspectives nouvelles ouvertes par le cheminement de la pensée de l'auteur. Cependant, en présence d'un cadre si vaste qu'il étend son ombre sur une très grande partie du champ de la psychiatrie, en présence d'une synthèse peut-être exagérément extensive et qui appelle l'analyse, la différenciation, l'auteur nous permettra-t-il de terminer cette présentation par les deux phrases suivantes extraites de son livre (page 186) : « Une classification des schizophrénies ne nous paraît d'ailleurs aucunement superflue. Au contraire, c'est une tâche d'avenir. »

Classification ou démembrement ?

René CHARPENTIER.

Sur la signification pathopsychologique de l'attitude négativiste. (Over de patho-psichologische betekenis der negativistische Houding), par Alexander KAREL EVRARD. (*Thèse*, 62 pages, Uitgeverij Pompe, Leyde, 1953).

Dans cette thèse, soutenue devant la Faculté de médecine de Leyde le 25 novembre 1953, l'auteur étudie certains aspects du négativisme. Ce dernier s'observe, non seulement dans la schizophrénie, mais encore dans d'autres affections psychiques et, même, en dehors de tout état pathologique. L'explication de Bleuler fait appel aux principes d'ambivalence et de suggestibilité négative. Il faut incriminer aussi la présence de troubles affectifs, de susceptibilité exagérée et de sensibilité aux complexes. L'intolérance aux contacts sociaux est un facteur important. L'attitude du milieu peut intervenir. Chez la plupart des sujets examinés par l'auteur, la schizophrénie était en cause, marquée par le négativisme, l'autisme, la déréalisation, la dépersonnalisation. On attache aujourd'hui une grande importance à l'angoisse existentielle inhérente à l'attitude négativiste. Pour échapper à cette angoisse, les malades coupent tout contact en supprimant l'ambiance (occlusion des yeux par exemple) ou en s'annihilant. Le négativisme peut ainsi être considéré comme l'expression du désir irréalisable d'entrer dans le néant. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Modifications psychologiques observées dans le décours du choc hypoglycémique de Sakel (Modificações psicologicas observadas no decorrer do choque hipoglicêmico de Sakel), par José LUCENA. (1 volume, 160 pages, Emprêsa Diaro da Manhã, Recife, 1951).

Cinquante schizophrènes ont été soumis au test de Rorschach avant l'injection d'insuline, pendant la phase d'hypoglycémie progressive, au réveil du coma, puis quelque temps après. De nombreuses constatations ont été faites, en particulier : syndrome organique rorschachien, avec réduction du nombre de réponses, persévération, perplexité ; syndrome de l'hypoglycémie progressive (réduction du nombre d'interprétations) ; syndrome du réveil (signes de retour des fonctions psychiques à un niveau encore inférieur cependant, réactions émotionnelles). Dans la période d'hypoglycémie progressive, il y a tendance à la diminution des réponses de détails, à l'élévation des globales, coartation. Au réveil, les réponses globales et de grands détails augmentent, orientation vers l'extratensivité. Un peu plus tard, élévation des réponses de détails. Dans l'ensemble, après le coma, s'accroît l'intérêt pour les aspects concrets de la réalité avec capacités logiques plus normales, dispositions extratensives plus nettes. Les cas où les modifications de l'épreuve de Rorschach sont plus accentuées après le réveil seraient de meilleur pronostic. Tableaux reproduisant les résultats. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

PSYCHOLOGIE

L'année psychologique, 53^e année, 1953, fascicule n° 2, publiée sous la direction de Henri PIÉRON, Alfred FESSARD et Paul FRAISSE, (1 vol. in-8°, 350 pages, Presses universitaires de France, Paris, 1953).

Dans ce deuxième fascicule (1) figurent deux mémoires originaux. Le premier mémoire, de J. Paillard, G. Oléron et P. Fraisse, apporte les résultats d'expériences conduites sur 15 sujets, au moyen du *Boléro* de Ravel, sur l'influence des attitudes posturales sur l'accompagnement moteur spontané d'un rythme musical. Les auteurs montrent que la localisation de l'activité spontanée d'accompagnement d'un rythme musical dépend principalement de la posture du membre (de préférence « en appui léger » sur une surface rigide). La recherche d'un repère sensoriel apparaît fondamentale pour permettre la synchronisation des mouvements induits avec le rythme des stimuli musicaux. Le mouvement s'extériorise là où le repère sensoriel est le plus accessible et le mieux défini temporellement.

Dans un second mémoire, d'observations électro-encéphalographiques sur les réactions corticales chez l'homme, N. A. Popov conclut que la stimulation acoustique peut provoquer deux catégories de réponses électriques corticales : les réponses de la zone acoustique spécifique, de caractère constant ; les réponses, habituellement d'inhibition dans les autres zones, qui sont de caractère inconstant et qui présentent le phénomène d'« extinction » de la réaction d'arrêt alpha au cours de la répétition du son (résultat d'une induction négative provenant du centre acoustique).

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, novembre 1953, p. 559-561.

Après une note d'E. Baumgardt apportant des précisions sur les seuils *visuels et quanta de lumière*, on trouvera dans ce volume plusieurs revues critiques : P. Fraisse montre l'évolution des recherches récentes sur *la perception comme processus d'adaptation* ; J. Faverge, étudiant le rôle de *la théorie quantitative de l'information en psychologie expérimentale* en montre les applications pratiques, en particulier à la technologie humaine, à la théorie des tests et dans divers domaines de la psychologie appliquée ; les résultats des techniques nouvelles des études récentes sur le langage sont étudiés dans des pages intitulées *Langage et communications* (langage et théorie des communications, problèmes de communications verbales, influence de la fréquence d'utilisation des mots, problème du facteur « signification »), par F. Bresson, qui souligne la difficulté d'aborder les problèmes linguistiques au niveau d'unités réelles ; à l'exception du bégaiement, N. Galifret-Granjon passe en revue les travaux récents sur *les troubles du langage chez l'enfant* : troubles du langage oral (troubles de l'« expression » verbale, de la « compréhension verbale ») et troubles du langage écrit (troubles d'apprentissage de l'écriture, d'apprentissage de la lecture) ; les travaux récents concernant le vaste champ de recherches de la « technique humaine » (Human Engineering) sont exposés par J. Leplat, qui souligne le rôle primordial joué dans ces études par l'expérimentation, le fait qu'au point de vue pédagogique les résultats déjà obtenus par cette jeune discipline contribuent à simplifier et à accélérer l'apprentissage des différentes tâches ; l'importance de l'influence du groupe sur l'individu et son incontestable portée théorique et pratique sont mises en lumière dans les pages consacrées par G. de Montmollin au *phénomène de normalisation à l'intérieur d'un groupe social* ; la difficile question des *validations de tests* (tests d'aptitude, tests de connaissances, tests de personnalité, questionnaires d'intérêts ou biographiques) est mise au point des travaux récents par S. Larcebeau, qui rappelle la nécessité, dans bien des cas, de contre-validation sur un groupe différent.

Comme dans les volumes précédents, de nombreuses analyses de livres et de périodiques présentent aux lecteurs des travaux récents de psychophysiologie générale, psychophysiologie sensorielle, psychologie animale, psychologie générale, psychologie génétique, d'étude de la personnalité, de psychologie sociale, psychométrie, psychotechnique, neuropathologie et psychopathologie.

Des comptes rendus résumés des séances tenues par la *Société française de psychologie* d'avril 1952 à mai 1953 et la *chronique*, par le professeur Henri Piéron, des événements intéressant la psychologie survenus depuis l'année précédente terminent ce nouveau volume toujours attendu de l'importante collection de « L'année psychologique », de publication régulière et qui comporte maintenant deux fascicules annuels.

René CHARPENTIER.

Traité des passions (Tratado de las pasiones), par Enrique MOUCHET. (1 volume, 278 pages, Editorial Nova, El arbol de la Ciencia, Buenos Aires, 1953).

Dans cet ouvrage, l'auteur applique à l'étude des passions sa conception de la psychologie vitale. Pour lui, l'instinct et la raison ne sont pas deux entités psychologiques indépendantes, mais forment une trame inextricable

dans tous les actes de la vie humaine. L'instinct est à la base de l'activité rationnelle. Un des buts du livre est de faire leur part aux droits de la passion contre certains courants psychologiques qui la négligent. Sans la passion, rien de grand ne se ferait : créations scientifiques, artistiques, philosophiques, religieuses, politiques. Dans l'acte de perception même intervient la passion, en même temps que les instincts, les émotions, les souvenirs, les croyances. C'est la vitalisation de la réalité. Après un premier chapitre consacré à l'exposé de sa conception de la psychologie vitale, l'auteur décrit les diverses théories du mécanisme de l'émotion (intellectualiste ; périphérique ; cérébrale de Sollier ; viscérale de Revault d'Allonnes ; théorie personnelle de l'auteur : l'émotion est un phénomène subjectif antérieur aux mouvements expressifs, mais renforcé ensuite par eux). Le troisième chapitre comprend une étude phénoménologique des passions : leurs rapports avec les autres états affectifs, l'instinct, la raison, le tempérament ; les principaux types de passions ; leurs répercussions ; leurs combinaisons ; leurs variations suivant le sexe. Un court chapitre traite du suicide passionnel ; puis est envisagé plus longuement le crime passionnel dans ses diverses modalités, son conditionnement, ses rapports avec les névroses, les considérations médico-légales correspondantes. Enfin, le dernier chapitre, le plus important — (une centaine de pages) — est consacré à la psychologie de l'amour : modalités, variations suivant le sexe, l'âge, la culture ; rapports avec l'angoisse, les névroses ; don juanisme, perversions sexuelles. L'auteur évoque, au passage, sa loi de l'interférence : si une personne A aime B, cet amour empêchera l'amour pour C. Mais, si B, pour une raison quelconque, disparaît de la scène, les sentiments de A pour C peuvent passer sur le plan de la passion. Un dernier paragraphe étudie la « terminaison de l'amour », dans ses variétés plus ou moins défavorables. Nombreuses références dans le texte.

V.-J. DURAND.

PHILOSOPHIE

Empirisme et subjectivité, par Gilles DELEUZE. (1 volume in-16, 154 pages, Presses universitaires de France, Paris 1953).

Il s'agit d'un essai sur la nature humaine selon Hume. Dans le premier chapitre, « Problème de la connaissance et problème moral », l'auteur montre que le but du philosophe anglais était de substituer une psychologie des affections de l'esprit à une psychologie de l'esprit. Comment l'esprit devient-il une nature humaine ? Comment devient-il un sujet ? Comment l'imagination devient-elle une faculté ? Telles sont les premières questions à se poser. Hume a choisi, avec les principes d'association, une voie difficile pour aborder la psychologie. « Le monde de la culture et les règles générales » font l'objet du deuxième chapitre : le rôle de la sympathie est essentiel en morale ; la justice constitue une règle, un système artificiel. La nature n'arrive à ses fins qu'au moyen de la culture. Dans le chapitre suivant, « Le pouvoir de l'imagination dans la morale et dans la connaissance », il est rappelé que, pour Hume, l'imagination s'attache aux vues générales des choses, qu'elle contracte d'étroits rapports avec la passion, que l'habitude

joue un rôle essentiel. Le quatrième chapitre, « Dieu et le Monde », montre que la religion participe à la fois de la connaissance et de la passion et, aussi, que l'esprit peut traverser trois états critiques : indifférence et fantaisie, démence, délire. Plus loin, sous le titre « Empirisme et subjectivité », il est rappelé que le donné peut se définir par deux caractères objectifs : indivisibilité d'un élément, distribution des éléments, c'est-à-dire : atome et structure. Surtout sont précisées les relations du sujet avec l'esprit. Dans le sixième chapitre, « Principes de la nature humaine », l'auteur répond à certaines critiques faites à l'empirisme de Hume et montre que, pour ce philosophe, les relations ne sont pas l'objet d'une représentation, mais les moyens d'une activité. Enfin, dans la conclusion, « La finalité », il est montré qu'agir c'est agencer des moyens pour réaliser une fin et que les fonctions du donné s'accordent avec les pouvoirs cachés dont le donné dépend. On appelle « finalité cet accord de la finalité intentionnelle avec la nature ».

V.-J. DURAND.

THÉRAPEUTIQUE

Les accidents provoqués par les antibiotiques, par Pierre RENTCHNIK (1 brochure, 182 pages, Editions Karger, Bâle. Thèse. Genève 1954).

On ne saurait surestimer l'importance de l'introduction des antibiotiques en thérapeutique. Mais toute médication peut comporter des inconvénients inapparents lors de ses premières applications. Après quelques années de tâtonnements, la connaissance de ces inconvénients permet d'énoncer des règles plus strictes, tant pour les indications que pour la posologie, la voie d'administration et la durée du traitement.

Dans ce travail très documenté, M. Pierre Rentchnik étudie les complications et les accidents provoqués par les antibiotiques, les phénomènes liés à l'action toxique allergique ou biologique de ces substances sur les différents systèmes de l'organisme. S'il étudie plus spécialement le problème des staphylococcies résistant aux antibiotiques et les superinfections d'origine fongique ou microbienne, ainsi que le syndrome cholériforme et neurotoxique, particulièrement grave, provoqué par les antibiotiques du type auréomycine, chloromycétine et terramycine, il passe en revue les différentes complications cutanées, buccales, gastro-intestinales et hépatiques, rénales, neurologiques, sanguines et hématopoïétiques, etc., et les diverses manifestations qui peuvent être considérées comme des réactions spécifiques de sensibilisation aux antibiotiques (dermatites de contact, anaphylaxie, fièvre médicamenteuse, etc.).

Sur le système nerveux, on peut observer toute une série de complications, pour la plupart signalées dès le début de l'emploi des premiers antibiotiques découverts : névrites périphériques, paresthésies (streptomycine), atteinte de la branche vestibulaire de la huitième paire des nerfs crâniens (streptomycine), encéphalites graves et diffuses, troubles mentaux, hémiparésies, paraplégies, syndromes pseudo-tabétiques, crises d'épilepsie (streptomycine, chloromycétine). L'auteur attire particulièrement l'attention sur les réactions consécutives à l'administration intra-rachidienne de pénicilline et de

streptomycine sur les précautions nécessaires (dilution, lenteur de l'injection) et sur la dose à ne pas dépasser lors de ces injections intra-rachidiennes pour être à l'abri de réactions graves du système nerveux central (« shock méningé », coma). Considérant la symptomatologie des cas mortels consécutifs à l'emploi d'antibiotiques, M. Pierre Rentchnik conclut que tous témoignent d'une atteinte générale et expliquent la diversité des lésions et des signes. « Derrière la manifestation organique, il faut probablement reconnaître l'importance de l'atteinte neurologique, du moins de son secteur végétatif. »

Des règles de prudence (âge, terrain, surveillance attentive en particulier des troubles digestifs et des selles en cas de diarrhée) assureront, avec les précautions ci-dessus indiquées, la prophylaxie de ces complications, dont le traitement sera à la fois symptomatique et étiologique.

Une importante bibliographie (15 pages) termine cette excellente monographie, illustrée de 8 figures, et qui contient de nombreux faits cliniques très clairement présentés.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Progrès de la psychiatrie et utilisation de ses principes dans la pratique quotidienne de la médecine, par le Dr LÉO H. BARTEMEIER, professeur associé à la Clinique psychiatrique de l'Université de Michigan (*World Medical Journal*, janvier 1954).

Depuis 1945, la psychiatrie a pris en Amérique un développement et une expansion sans précédent que l'auteur attribue à l'expérience acquise par les psychiatres au cours de la deuxième guerre mondiale. Il en étudie les raisons et les conséquences, concluant à la nécessité de l'enseignement de la psychiatrie à tous les étudiants au cours des diverses années d'études médicales. Cet enseignement des facteurs psycho-physico-sociaux qui doivent inspirer les relations du médecin avec ses malades doit se faire, ajoute-t-il, dès la première année d'études. Signalant que des conférences relatives au rôle de la psychiatrie dans l'enseignement médical ont été faites avec succès en 1951 et 1952 sous le patronage de l'Association des collèges américains de médecine et de l'Association américaine de psychiatrie, M. Leo H. Bartemeier rappelle encore qu'un cours d'enseignement médical complémentaire sur l'application à la médecine générale des conceptions fondamentales de la psychiatrie fut professé dès avril 1946 à l'Université du Minnesota. Ces connaissances et ces techniques doivent être mises à la portée de chaque médecin-praticien, « lequel pratique la psychiatrie à son insu ». L'auteur termine cet exposé par des conseils donnés aux praticiens sur l'attitude du médecin vis-à-vis du malade, en particulier lors de la première visite.

L'Association américaine de psychiatrie, dont le nombre des membres a

doublé depuis 1945, possède 15 commissions permanentes pour les divers aspects techniques et généraux de la psychiatrie : enfance, santé publique, industrie, enseignement médical, recherches, hygiène mentale, enseignement académique, forces armées, administrations, hôpitaux et cliniques, etc. Qui ne reconnaîtrait les avantages et la souplesse d'une organisation permettant, au sein d'une même association, d'envisager sous leur angle propre, chacun de ces problèmes. Ainsi est évitée la fragmentation des efforts et permise la confrontation des résultats obtenus par les diverses applications des acquisitions de la psychiatrie. L'idée en a été souvent soutenue dans nos *Annales*, bulletin officiel de la Société médico-psychologique depuis sa fondation, Société dont sont membres tous les psychiatres français. « Une inquiétude croissante, écrit M. Leo H. Barteimeier, se manifeste chez les maîtres de l'enseignement médical, particulièrement chez les plus perspicaces, au sujet de la fragmentation des connaissances médicales. » Que penser de la fragmentation, de la dissociation, d'une spécialité ! Plus nombreuses et plus diverses sont les applications pratiques d'une spécialité, plus s'impose la nécessité de la réunion et de la confrontation des résultats au sein d'une unique association dans laquelle les différents aspects de la spécialité, ses différents enseignements sont étudiés en commun. Telle était la pensée de Pinel, tel fut, en la réalisant, le but de Baillarger et de ses collaborateurs, lors de la fondation de la *Société médico-psychologique*.

René CHARPENTIER.

La notion de compensation en psycho-pathologie, par E. MINKOWSKI (*Folia psychiatrica, neurologica et neurochirurgica Neerlandica*, vol. 56, 1953, n° 5).

Dans des remarques destinées à apporter plus de précision dans l'emploi du terme « compensation », examinant quelques aspects, particulièrement de nature psychotique, de cet important problème, M. E. Minkowski définit d'abord la compensation et rappelle que si la compensation est un facteur positif, un facteur d'équilibre, la surcompensation, elle, présente des écueils. De large application en pathologie, où se trouve nécessairement perte ou mal, la compensation se présente en psychopathologie avec une forme, avec un sens et avec des effets différents de ceux de la pathologie générale. L'auteur en donne des exemples, en particulier dans la démence sénile, où la fabulation « de remplissage » lui permet, en passant, de rappeler comment et pourquoi le terme de fabulation ou de confabulation est souvent employé à tort. Toute différente est la compensation affective, ayant pour thème général la réalisation de désirs déçus. Dans le délire dit de compensation, la « compensation » est en réalité secondaire au délire : c'est le délire qui prime, ajoute M. E. Minkowski, qui décrit ensuite les manifestations de compensation « phénoménologique » groupées antérieurement par lui dans un chapitre intitulé « Attitudes schizophréniques. Stéréotypies psychiques » (1) et des compensations « factorielles » dont il souligne le rôle important en clinique et en pédagogie, quand il s'agit de typologie constitutionnelle.

R. C.

(1) E. MINKOWSKI : *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, nouvelle édition revue et augmentée, pages 130-178 (Desclée de Brouwer éditeur, Paris, 1953).

Psychopathologie de la schizophrénie et de la dépression. Effets de l'amytal et du sulfate d'amphétamine sur le niveau et la durée de l'attention, par P.-E. HUSTON et R. SENF. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 2, août 1952, p. 131).

Parmi les symptômes dits primaires de la schizophrénie les auteurs se sont bornés à préciser les troubles de l'attention. Ils ont utilisé un appareil donnant une lueur, puis émettant un bruit après un intervalle de temps qui, au cours des expériences, était, tantôt régulier, tantôt irrégulier. La technique fut appliquée à : 1° des schizophrènes chroniques ; 2° à des schizophrènes d'évolution récente ; 3° à des maniaques dépressifs du type dépressif ; 4° à des sujets atteints de névroses. Comme il est reconnu que l'injection intra-veineuse d'amytal sodique et de sulfate d'amphétamine modifie les symptômes primaires schizophréniques, les malades furent testés, tantôt sans, tantôt avec ces produits.

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes : les niveaux de l'attention sont plus élevés chez les sujets atteints de névroses, plus bas chez les schizophrènes chroniques ou les schizophrènes d'évolution récente ; les niveaux des dépressifs se situent entre les deux. Les injections d'amytal sodique augmentent les niveaux chez les dépressifs et les diminuent chez les sujets des trois autres groupes. Les schizophrènes et surtout les schizophrènes chroniques ont plus de difficultés à maintenir leur niveau d'attention que les déprimés et les sujets atteints de névrose ; leurs temps de réaction augmentent au cours des tests concernant les intervalles irréguliers. Quoique sous l'influence de l'amytal sodique et du sulfate d'amphétamine les schizophrènes peuvent maintenir un peu plus longtemps leur attention, les modifications apportées par ces produits sont légères.

L. MARCHAND.

La psychologie de la schizophrénie latente. (*The psychology of latent schizophrenia*), par Luise ZUCKER. (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 6, n° 1, janvier 1952, p. 44-62).

Se basant sur les résultats de l'épreuve de Rorschach, l'auteur rappelle d'abord les caractères des réponses chez les schizophrènes typiques. Puis, s'appuyant sur six observations personnelles, elle décrit les éléments diagnostiques dans la schizophrénie latente. Dans ces cas, le test de Rorschach peut montrer : petite baisse du contact avec le réel, perte des réponses conventionnelles (déviations des modes communs de pensée), perte d'énergie mentale, anxiété, jeu imaginatif, impression d'étrangeté devant la réalité, préoccupations hypocondriaques, tendance à attribuer aux planches une signification réelle, idées de référence, projection d'hostilité interne, projection d'asymétrie, thème religieux, sexualité chaotique et homosexualité, éloignement d'autrui. Certains signes intellectuels ou affectifs peuvent avoir une valeur pronostique. Ils traduisent l'effort du moi pour défendre son intégrité de différentes façons.

V.-J. DURAND.

Des facteurs constitutionnels dans le pronostic de la schizophrénie, par N.-S. KLINE et A. OPPENHEIM. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 12, juin 1952, p. 909).

Le pronostic est plus mauvais chez les hétérotypiques que chez les autres schizophréniques. Chez les hétérotypiques il n'y a aucun rapport à établir entre le diagnostic et le pronostic. Il existe un rapport net entre le type mésomorphe et la schizophrénie paranoïde, entre le type ectomorphe et la schizophrénie hétérotypique. Comparés aux types ectomorphes et mésomorphes le pronostic est plus mauvais chez les endomorphes. Dans un premier travail, les auteurs avaient conclu, après une observation de six mois, que les mésomorphes présentaient un bon pronostic, ce résultat est faux quand l'observation porte sur une plus longue période.

L. MARCHAND.

Les tests d'abstraction, avec référence spéciale à leur atteinte dans la schizophrénie. (The testing of abstraction, with special reference to impairment in schizophrenia), par K. R. L. HALL. (*The British Journal of medical Psychology*, 24, n° 2, 1951, p. 118-131).

Sept tests ont été employés, à la fois verbaux et non verbaux. Les résultats relatifs au niveau du vocabulaire sur 36 schizophréniques, comparés avec ceux d'un groupe de 43 sujets normaux, montrent une grande variabilité chez les schizophréniques. Les cas chroniques présentent un type d'atteinte très semblable à celui des malades organiques. Le degré de la perturbation des fonctions abstraitives dans la schizophrénie peut être mesuré, mais un perfectionnement des tests paraît nécessaire. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Proposition d'une classification psychiatrique et d'une théorie des névroses, par B. DISERTORI. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 69, 1952, p. 78).

Les classifications actuelles reposent sur des bases scientifiques qui datent de la fin du siècle passé et sont aujourd'hui périmées. L'auteur cite les critères qui devraient servir de base à une nouvelle classification. Les maladies sont considérées dans leur essence, leur étiologie et leur pathogénie, et non seulement dans leurs aspects cliniques. Présentation d'une telle classification, suivie de quelques commentaires. M. Disertori termine par quelques brèves considérations sur les névroses, distinguant entre le terrain et la réponse névrotique et la névrose proprement dite. Il conclut en relevant la valeur de la nosographie qui doit s'adapter à l'évolution rapide de la psychiatrie.

H. BERSOT.

Emotions et symptômes dans l'hypertension essentielle. (Emotions and symptoms in essential hypertension), par John HAMBLING. (*The British Journal of medical Psychology*, vol. 24, n° 4, 1951, p. 242-253).

L'auteur décrit la personnalité et les causes émotionnelles des symptômes chez six hypertendus essentiels. Se basant sur l'étude de cinquante malades,

il montre que les symptômes initiaux sont ceux de l'anxiété et de ses équivalents somatiques. L'importance d'une structure caractérielle basale et d'une situation vitale pénible est bien montrée. Une formule psychosomatique est proposée. L'explication compréhensive de l'anxiété et la connaissance de la situation émotionnelle sont de bons moyens d'apaiser l'hypertension. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Psychose post-émotionnelle. (Psicosis post-emocional), par Nerio ROJAS. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 14, n° 3, septembre 1951, p. 379-389).

Rappelant que les émotions constituent « le pont entre l'organique et le psychique », l'auteur décrit quelques aspects des psychoses post-émotionnelles, citant une statistique personnelle d'après laquelle le choc émotif était à l'origine d'une psychose dans 13,8 % des cas sur un total de mille malades. Envisageant les troubles mentaux liés à l'inanition, l'auteur montre qu'il ne faut pas les rattacher uniquement à une cause organique, mais au contraire faire une large part aux facteurs émotionnels, les perturbations psychiques étant souvent absentes dans les cas d'inanition volontaire et très précoces, par contre, dans les dénutritions non consenties.

V.-J. DURAND.

Insécurité dans la recherche de la sécurité. (Insecurity in search of security), par Ben KARPMAN. (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 6, n° 1, janvier 1952, p. 23-43).

Le sentiment d'insécurité est une des forces émotionnelles les plus puissantes de notre vie. L'auteur en retrace les principaux moments et les principales causes d'apparition : période prénatale, naissance, alimentation, habillement et dressage de la propreté chez le nourrisson, sevrage, relations interpersonnelles, jardins d'enfants, école, puberté et adolescence, mariage, paternité et maternité, involution, sénescence, mort. La vie entière peut être conçue comme une lutte entre affection et hostilité, créant un état continu d'insécurité. Comme conséquences peuvent se développer, soit l'hostilité, soit le sentiment de culpabilité ; les réactions sont variables d'un sujet à l'autre. La meilleure connaissance de ces faits peut aider à soulager l'angoisse humaine.

V.-J. DURAND.

A propos d'un domaine psychique intermédiaire. (Von einem seelischen Zwischenreich), par A. KIELHOLZ. (*Gesundheit und Wohlfahrt*, revue suisse d'hygiène, décembre 1951, p. 565-582).

Sous ce titre, l'auteur décrit les notions essentielles concernant les psychopathes. Il distingue d'abord les variétés suivantes : irritables, querelleurs, déprimés, hypomaniaques, sujets doutant d'eux-mêmes, abouliques, excéntriques, fanatiques, amoraux, impulsifs, explosifs, pervers sexuels, puis rappelle d'autres conceptions, parmi lesquelles celles de Kretschmer. La psychothérapie des psychopathes est envisagée particulièrement. Des observations sont rapportées. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les personnalités psychopathiques (As personalidades psicopaticas), par José ALVEZ GARCIA (de Rio-de-Janeiro). (*Revista latino americana de psiquiatria*, 1^{re} année, n° 3, avril 1952, p. 12-17).

Rappelant les principales conceptions des personnalités psychopathiques, l'auteur montre l'association de facteurs externes et internes, cite parmi les psychopathies acquises, le syndrome de désintégration sphérique de la personnalité décrit par Kretschmer. Il présente une classification assez voisine de celle de Kurt Schneider, indique que les personnalités psychopathiques ne constituent pas une entité clinique et pense qu'une correction ou une stabilisation sont possibles après la maturité. Les mesures légales adoptées en Grande-Bretagne peuvent servir de modèle.

V.-J. DURAND.

Personnalités infantiles, par LEWIS B. HILL. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 6, décembre 1952, p. 429).

L'auteur désigne comme personnalités infantiles certains êtres humains qui ne sont pas des faibles d'esprit, qui ne sont ni des prédisposés aux psychoses ou aux psychonévroses, et qui cependant présentent un niveau inférieur dans leurs attitudes et leurs manières ou dans leur métier et leurs aspirations. Il ne s'agit pas d'un état de régression, mais d'un défaut de progression. Le tableau clinique de la personnalité infantile est celui qui se rapproche de celui qu'on observe dans la manière d'agir d'un enfant, mais avec quelques capacités plus développées. L'auteur donne plusieurs exemples de cette personnalité.

L. MARCHAND.

Sur l'association d'hypersomnie et de boulimie. (Sull' associazione di ipersomnia e bulimia), par Piero SAGRIPANTI (de Macerata). (*Il Cervello*, 28^e année, n° 3, 15 mai 1952, p. 194-206).

Après une revue générale de la littérature sur l'association périodique de l'hypersomnie et de la boulimie : syndrome de Kleine-Levin ou « somnolence périodique et faim morbide », l'auteur rapporte et discute deux cas personnels chez la femme, tandis que le syndrome classique se voit chez l'homme. Se basant sur la multiplicité et la variabilité des facteurs pathogéniques, l'auteur se montre hostile à la conception de cette association comme une entité pathologique bien définie et autonome. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La différenciation psychologique des lésions cérébrales organiques et leur localisation au moyen du test de Rorschach, par H. DÖRKEN et V.-A. KRAL. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 10, avril 1952, p. 764).

Les investigations ont porté sur quatre groupes de lésions cérébrales : 1° cas avec lésions du cortex associées ou non à des lésions de la substance blanche ; 2° cas avec participation lésionnelle du diencéphale ; 3° cas avec hyperkinésie extra-pyramidale indiquant une lésion du corps strié ; 4° cas

avec akinésie extra-pyramidale (parkinsonisme) indiquant une lésion du pallidum et du locus niger. Les réponses relatives aux couleurs des planches du Rorschach reflètent la capacité que le sujet manifeste pour les expressions émotives et affectives. Les malades atteints d'une lésion du diencephale ne donnent aucune réponse sur les couleurs. Chez les parkinsoniens, cette absence de réponse indique une extension des lésions au diencephale ; la lenteur de leur temps de réaction est en rapport avec leur bradypsychie. En contraste avec les sujets de ces deux groupes, les malades atteints de lésions corticales donnent des réponses sur les couleurs qui sont souvent mal définies. Chez les déments séniles, la désignation des couleurs est rare. Les malades hyperkinétiques par altérations extra-pyramidales donnent les mêmes réponses que les sujets ayant des lésions corticales localisées, mais elles sont bien plus rapides. Dans les recherches de cet ordre, les auteurs conseillent de tenir compte aussi des facteurs psychogènes qui peuvent intervenir.

L. MARCHAND.

Troubles de la marche d'allure pithiatique ; atrophie cérébrale, par J. LEREBoullet et R. PLUVINAGE. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 25 avril 1952).

Observation d'un malade longtemps pris pour un pithiatique avec de gros troubles de la marche, sans aucun signe organique. Ce n'est qu'après quatre ans d'évolution qu'apparut un syndrome parkinsonien. L'encéphalographie gazeuse, en montrant une très importante dilatation ventriculaire, apporte la preuve de l'organicité des troubles. Les auteurs rappellent la prudence avec laquelle doit être posé le diagnostic de pithiatisme. Dans cette observation, l'existence d'une grosse dilatation du III^e ventricule serait en faveur d'une origine diencephalique du syndrome.

L. R.

Altérations électroencéphalographiques de type comitial chez une malade présentant des accidents nerveux d'allure pithiatique, par D. MAHOUEAU, S. DAUM et A. MOUY. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 25 avril 1952).

Observation d'une malade présentant des crises pithiatiques indiscutables, chez laquelle plusieurs enregistrements électro-encéphalographiques décelèrent l'existence d'ondes lentes delta entre 4,5 et 1 c./s. et de pointes-ondes. Ils estiment que, dans l'état actuel de nos connaissances, de telles perturbations électriques doivent faire soupçonner l'existence d'une comitialité associée à l'hystérie, sans qu'on puisse tirer argument de telles constatations pour attribuer à l'hystérie un « support organique ». Les modifications de l'électro-encéphalogramme indiquent plutôt, selon eux, une lésion cérébrale ou un terrain particulier dont on sait depuis longtemps qu'ils peuvent favoriser l'apparition de manifestations pithiatiques.

Les auteurs insistent sur le fait qu'en pareil cas une enquête incomplète pourrait laisser ignorer, soit le mal comitial, soit le pithiatisme. On ne saurait s'entourer de trop de précautions pour le diagnostic et le traitement des accidents nerveux paroxystiques, alors même que leur nature peut paraître évidente.

L. R.

Etude électrographique chez l'homme et chez l'animal des décharges épileptiques dites « psychomotrices », par H. GASTAUT, avec la collaboration de R. NAQUET, R. VIGOUROUX, A. ROGER et M. BADIER. (*Revue neurologique*, t. 88, n° 5, 1953 (1^{er} semestre), p. 310).

Etude portant sur 1.700 tracés enregistrés chez 300 malades atteints d'épilepsie « psychomotrice » ou « temporale ». Les décharges intercritiques et les décharges critiques font l'objet de recherches particulièrement précises et étendues. 45 électrocorticogrammes ont été recueillis chez des malades présentant un foyer de décharges intercritiques occupant la région temporale du scalp. La topographie de ces décharges est très variable puisqu'elles occupent le plus souvent la surface inféro-médiane du lobe temporal. A noter que les corrélations entre le siège de la lésion temporale et les décharges électriques ne paraissent pas évidentes. Du point de vue électro-encéphalique comme du point de vue clinique, les lobectomies temporales antérieures donnent des résultats meilleurs que les gyrectomies de la surface latérale.

Les auteurs ont complété leur étude par la production chez le chat de lésions rhinencéphaliques ou diencephaliques susceptibles de provoquer après injection de cardiazol des crises de type « psychomoteur ».

D'après leurs constatations, les auteurs arrivent à supposer l'existence d'au moins trois variétés d'épilepsie psycho-motrice suivant le point d'origine des crises et le mécanisme de leur propagation : l'épilepsie psychomotrice temporale proprement dite ou temporale superficielle, l'épilepsie psychomotrice hippocampique la plus fréquente, l'épilepsie psychomotrice diencephalique. De leurs recherches, il se dégage « la notion fondamentale de la complexité et de la multiplicité des mécanismes susceptibles d'engendrer des décharges épileptiques dans le lobe temporal », complexité qui s'oppose formellement à l'individualisation d'une seule variété électro-clinique d'épilepsie psychomotrice ou temporale, ce qui s'accorde d'ailleurs avec les constatations purement cliniques.

L. MARCHAND.

Épilepsie occipitale avec hallucinations lilliputiennes et obtusion psychique chez un enfant de 8 ans. Action radicale de la pneumothérapie cérébrale sur les crises et le retard scolaire, par LÉON MICHAUX et René ROGER. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 20 mai 1952).

Observation d'une fillette de 8 à 10 ans qui a présenté trois ordres de manifestations comitiales : absences ; crises avec chute, perte de conscience, hallucinations lilliputiennes mnésiques ; obtusion mentale entraînant un retard scolaire de trois ans ; à l'électro-encéphalogramme, pointes-ondes à dominance temporo-occipitale bilatérale. Une encéphalographie gazeuse par voie lombaire a amené la disparition des absences, des crises et de l'obtusion et le redressement rapide du niveau scolaire.

L. R.

Syphilis congénitale avec dystrophies diverses et encéphalopathie remontant à l'enfance, par J. MARGAROT, P. RIMBAUD, P. IZARN et C. COMBIER. (*Bull. de la Société de pédiatrie de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 25 novembre 1951).

Chez un adolescent atteint d'épilepsie à type de petit mal diencephalique secondaire à une syphilis congénitale (signée par des cicatrices péri-buccales,

par des dents d'Hutchinson et par la forte positivité des réactions sérologiques), on constate des anomalies congénitales diverses : strabisme convergent, non paralytique, radius et cubitus curvus et morphologie générale rappelant la dolichosténomélie de Marfan. Ces malformations ne sont pas retrouvées chez les parents, tous deux syphilitiques, et le rôle de la syphilis dans leur apparition est discuté.

L. R.

Étude pneumoencéphalographique de la paralysie générale, par Basile YAGDOJGLOU (d'Istanbul). (*La Presse médicale*, 14 mai 1952).

Examen pneumo-encéphalographique de cinq cas de paralysie générale. Dilatations ventriculaires et atrophies corticales visibles dans les cas déjà anciens.

L. R.

Ulcère duodénal. Sa présence et son diagnostic chez les malades mentaux, par B.-M. WEST et A.-O. HECKER. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 1, juillet 1952, p. 35).

L'ulcère duodénal se rencontre souvent chez les malades mentaux et peut-être plus fréquemment dans la population d'un hôpital psychiatrique que dans celle d'un hôpital de médecine générale. Ce sont les difficultés du diagnostic chez les aliénés qui ont pu faire naître l'idée que cette maladie psychosomatique est peu fréquente chez ces sujets.

L. MARCHAND.

La psychose cardiaque, par URECHIA, FAÇON et IANCU (de Bucarest). (*Archives internationales de neurologie*, mars 1950, p. 35-40; avril 1950, p. 65-70, et mai 1950, p. 71-85).

Après une analyse des principales publications consacrées à la question discutée des psychoses cardiaques, les auteurs décrivent les troubles mentaux essentiels constatés au cours des perturbations valvulaires et myocardiques. Quelques observations personnelles sont rapportées. Dans l'ensemble, le problème demeure incomplètement résolu. Une étude particulière est faite des perturbations psychiques au cours de l'infarctus du myocarde. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'examen psychiatrique et la dualité subjectif-objectif, par Jacob WYRSCH. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, 1952, p. 129).

L'auteur montre combien le subjectif et l'objectif sont étroitement liés en psychiatrie et combien le psychiatre doit prêter attention au comportement des malades et non seulement aux symptômes plus ou moins caractéristiques qu'ils peuvent présenter. Une bonne observation médicale doit comprendre d'abord l'histoire du malade, sa biographie, plutôt que l'histoire de la maladie.

H. BERSOT.

Symptômes psychopathologiques dans les sublimations de l'art. « Les Fleurs du mal », de Charles Baudelaire. (Sintomi psicopatologiche sublimazioni dell'arte), par Alfredo NICEFORO (de Rome). (*Il Cervello*, 28^e année, n° 3, 15 mai 1952, p. 161-193).

Etudiant d'abord le problème de la genèse de l'œuvre d'art et les rapports avec la libération des pulsions instinctives, l'auteur décrit les symptômes psychopathologiques qu'on peut trouver dans « Les Fleurs du mal ». En particulier, il cite : la mort, les squelettes, la tombe pour lesquels apparaît une forte attirance obsédante ; la dilection pour la putréfaction ; l'exaspération de l'érotisme ; l'exacerbation des joies olfactives ; la prédilection pour l'horrible, le morbide. La possibilité d'une perversion érotique est discutée. La vision pessimiste de la vie tient peut-être à une disposition mélancolique. Envisageant les interprétations possibles, l'auteur, écartant l'existence d'une maladie mentale ou l'action des stupéfiants, pense plutôt à une « évasion », où l'esprit du poète se libère des censures extérieures et intérieures.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude de l'art chez les aliénés, par Osorio CESAR (*Arquivos do departamento de Assistencia a Psicopatas do Estado de São-Paulo*, Vol. 16, 1951, p. 51-64).

Rappelant quelques conceptions classiques sur les productions artistiques des aliénés, l'auteur propose la classification suivante : dessins linéaires, symboliques, stéréotypés — dessins linéaires et géométriques, à caractère défini — dessins ombrés, peintures et sculptures de type primitif — dessins en clair obscur et avec perspective, peintures et sculptures de caractère académique. Les conditions de la création artistique sont décrites. Deux observations sont rapportées : l'une conduit à étudier le symbolisme du serpent, l'autre concerne un schizophrène paranoïde produisant des dessins abstraits. Treize reproductions.

V.-J. DURAND.

De la mise en liberté des malades chroniques neuropsychiatriques, par J.-A. STRINGHAM. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 12, juin 1952, p. 924).

Rapport sur 33 malades hommes qui furent mis en liberté après avoir été hospitalisés pendant au moins quatre ans et demi ; la durée des hospitalisations avait été en moyenne de 12 ans et l'âge de 53 ans. Ces malades ont été suivis au moins 30 mois après la sortie de l'hôpital : 24, soit 72 %, sont encore en liberté ; 15 furent réhospitalisés et, parmi ces derniers, six ont été de nouveau remis en liberté. L'opposition des familles, l'inertie du malade, l'inertie du personnel, l'encombrement de l'établissement, sont les principales difficultés à vaincre. L'auteur énumère les nombreux facteurs qui favorisent ces mises en liberté, les causes qui entraînent le retour des malades à l'hôpital, les risques qui sont encourus. Le service social a une action particulièrement importante.

L. MARCHAND.

Nostopathie ou retour à la maison considéré comme pathogène, par R. KARPE et I. SCHNAP. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 1, juillet 1952, p. 46).

Quatre situations différentes peuvent avoir lieu quand le combattant rentre chez lui : 1° le milieu n'a subi aucun changement ; 2° des mariages, des naissances, des décès, des départs, ont pu modifier la composition de la famille ; 3° fiancé, puis marié, il doit quitter son ancienne maison et en chercher une autre ; 4° aucun parent ou conjoint n'est là pour le recevoir. Des réactions pathologiques peuvent être provoquées par ces caractères particuliers du milieu. Les mêmes phénomènes peuvent s'observer chez les prisonniers libérés et chez les malades mentaux qui, guéris, rentrent chez eux.

L. MARCHAND.

Problème des recherches scientifiques sur les empreintes manuelles chez les personnes normales et celles malades mentalement. (Problem Wissenschaftlicher Untersuchungen an Handabdrücken von gesunder und geistig Kranken Personen), par E. LIEFMANN. (*Gesundheit und Wohlfart, revue suisse d'hygiène*, septembre 1951, p. 417-477).

Ce travail constitue une étude très complète de chirographie. Les différents sillons, les lignes essentielles et leur groupement, les variétés possibles sont soigneusement décrits, les types normaux et pathologiques le sont également. Dans une seconde partie sont rapportés les faits observés chez 425 sujets : 102 normaux, 249 anormaux mentalement (à l'exclusion des mongoliens) : épileptiques, oligophrènes surtout ; enfin, 74 mongoliens. Dix figures. Nombreux tableaux. Riche bibliographie.

V.-J. DURAND.

NEUROLOGIE

Sur une syncinésie-sursaut déclenchée par le bruit, par Th. ALAJOUANINE et J. SCHERRER. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 12 mai 1952).

A l'occasion d'une observation d'hémiplégie cérébrale infantile, les auteurs signalent une variété très spéciale de syncinésie : la syncinésie au bruit. La survenue brutale d'un bruit assez intense provoque, en effet, dans ce cas, un renforcement considérable de la contracture hémiplégique.

Une comparaison entre la syncinésie contro-latérale classique et le renforcement syncinétique au bruit permet d'attribuer à celui-ci des caractères particuliers qui le rapprochent du phénomène du sursaut.

L. R.

Hémicanitie (hémipoliose) post-traumatique, par J. I. HERMITTE, J. DE AJURIA-GUERRA et R. MOURGUE. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 6 mai 1952).

Observation d'un homme de 28 ans qui, après un traumatisme de la région frontale droite, vit ses cheveux se dépigmenter du même côté, puis le sourcil, les cils, les moustaches, la barbe, les poils de l'aisselle, de la poitrine

et du pubis homolatéraux. La canitie était associée à des troubles sympathiques importants et dimidiés : syndrome de Claude Bernard-Horner, exaltation des réflexes pilo-moteurs et mamelonnaires, augmentation des oscillations humérales. L'hémicanitie répond donc à un désordre sympathique.

L. R.

Décharges électriques positives et négatives dans une épilepsie bravaï-jacksonienne. Essai d'interprétation, par R. HOUDART, R. LECASBLE, C. DREYFUS-BRISAC et M. DONDEY (de Paris). (*La Presse médicale*, 7 juin 1952).

Les auteurs, étudiant les électro-encéphalogrammes et les corticogrammes recueillis chez un blessé présentant une cicatrice frontale droite et des crises bravaï-jacksoniennes gauches, concluent que les caractères électriques les plus remarquables sont : 1° le silence du tracé au cours de l'état de mal ; 2° les décharges positives puis négatives au cours des crises infracliniques. Ils discutent la signification de ces signes électriques et pensent qu'ils permettent d'envisager l'origine profonde de l'activité anormale.

L. R.

L'électro-encéphalographie au cours des méningites tuberculeuses de l'enfant traitées par la streptomycine. Confrontations anatomocliniques. A propos de 67 cas, par J. CHAPTAL, P. PASSOUANT, D. BRUNEL, H. LATOUR, R. JEAN et J. CADILHAC. (*Bull. de la Société de pédiatrie de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 25 novembre 1951).

L'analyse de 390 tracés inscrits au cours des diverses phases de la méningo-encéphalite tuberculeuse de 67 enfants, permet de confirmer les notions déjà exposées par les auteurs et d'apporter certaines précisions nouvelles.

En cours d'évolution de la méningite, quatre types de tracés de valeur différente sont observés : le tracé de méningo-encéphalite diffuse, qui traduit une souffrance cérébrale globale ; le tracé de monorythmie sinusale lente à prédominance postérieure, qui exprime une souffrance fonctionnelle ou lésionnelle réversible des formations de la base et fait craindre, lorsqu'il apparaît tardivement, le début d'organisation d'une arachnoïdite de la base ; le tracé de souffrance basale d'apparition toujours tardive, qui correspond à une cysternite avec méningo-diencéphalite irréversible ; le tracé de méningo-corticalité, qui extériorise une souffrance corticale dont l'origine et l'évolution peuvent être variables.

Au moment de la guérison, trois types de tracés sont observés : le tracé inscrivant une activité électrique normale ; le tracé de dysrythmie mineure, exprimant une séquelle cicatricielle des formations de la base. Ce tracé fait souvent suite au tracé de monorythmie sinusoïdale postérieure ; le tracé de comitialité corticale, succédant à un tracé de méningo-corticalité et extériorisant une cicatrice corticale.

L. R.

La cisternographie gazeuse au cours de la méningite tuberculeuse de l'enfant: son intérêt dans la conduite du traitement, par J. CHAPTAL, Cl. GROS, D. BRUNEL, R. JEAN, R. LABAUGE et M^{lle} BECHARD (de Montpellier). (*La Presse médicale*, 9 avril 1952).

La cisternographie gazeuse permet de préciser, à tous les stades de l'évolution des méningites tuberculeuses, l'état de la circulation du liquide céphalo-rachidien. L'innocuité absolue de cette épreuve autorise sa répétition. Les renseignements obtenus précèdent parfois ceux qui découlent des études cliniques et électro-encéphalographiques. Au cours des premiers mois de traitement, la mise en évidence d'un blocage basal permet d'affirmer l'évolution des lésions bacillaires dans la citerne inter-pédonculaire et opto-chiasmatique. Au moment où ont rétrogradé les altérations du liquide céphalo-rachidien, la présence d'un blocage basal traduit la réalisation d'une arachnoïdite fibreuse cicatricielle, parfois développée autour d'un foyer non stérilisé. Au cours des rechutes, la constatation d'un blocage basal (point de départ de la nouvelle diffusion) est presque constant.

La mise en évidence d'un blocage basal permet de discuter l'opportunité de l'irrigation streptomycinique de la base, par mise en place d'une sonde en nylon. Cette thérapeutique s'impose au cours de l'évolution ou au début des rechutes; elle est d'une indication plus nuancée si le liquide céphalo-rachidien est déjà normalisé.

L. R.

Méningite tuberculeuse terminale après traitement hormonal d'une leucose aiguë, par M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING et P. BARJON. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 7 mars 1952).

Observation de réveil hormonal d'une tuberculose, semblable au cas princeps signalé par Mach. Elle concerne un adulte jeune atteint de leucémie myéloïde qui, deux ans auparavant, avait fistulisé dans une bronche-souche une tuberculose ganglio-hilaire. Une poussée leucoblastique aiguë est traitée avec succès par A.C.T.H. (en deux cures successives) sous-antibiotiques (pénicilline et streptomycine), lorsque survient une tuberculose méningée à début brutal (épilepsie-coma) mortelle en quatre jours.

Les auteurs rappellent l'extrême prudence qui doit présider au traitement hormonal prolongé, par A.C.T.H. ou cortisone, surtout s'il est appliqué à d'anciens tuberculeux.

L. R.

A propos de 78 cas de méningite tuberculeuse, par R. SOREL, A. BARDIER, H. BOUÏSSOU et A. DALOUS (de Toulouse). (*Réunion de pneumologie et de physiologie du Sud-Ouest-Pyrénées*, 26 et 27 janvier 1952).

Ne retenant que les guérisons régulièrement suivies, le pourcentage de succès est de 28 %. Il semble qu'on puisse écarter de ce total les malades reçus à un stade ultime, au-dessus de toute ressource thérapeutique, d'ailleurs rapidement décédés. Ne tenant compte que des enfants traités pendant un minimum de temps de un mois, les résultats sont les suivants: 48 % de guérisons suivies, dont 65 % en 1951.

L'âge de l'enfant, les autres localisations bacillaires associées jouent un rôle certain dans l'établissement du pronostic. Les auteurs indiquent le traitement qui leur a donné les meilleurs résultats.

Les guérisons obtenues datent de deux ans à trois mois ; on a observé trois rechutes mortelles, deux rechutes guéries. La séquelle la plus fréquente est la surdité, difficilement améliorable, due à la streptomycinothérapie.

L. R.

La radiologie dans la tuberculose du système nerveux central. (La radiologia en la tuberculosis del sistema nervioso central), par Esteban D. ROCCA et Francisco ALAYA ESCARDO. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 14, n° 4, décembre 1951, p. 497-506).

La tuberculose évolutive du système nerveux central ne donne pas d'image radiologique caractéristique. L'aspect dépend de l'étape évolutive ; à la phase encéphalitique : signes d'hypertension et diminution du système ventriculaire ; à la phase de localisation : déplacement des ventricules dans les tuberculomes supratentoriels avec hydrocéphalie et signes d'hypertension intracrânienne dans ceux du tronc cérébral et infra-tentoriels ; à la phase de guérison : diminution de l'hypertension, persistance de l'hydrocéphalie, calcification du tuberculome. L'examen radiologique périodique est utile au cours du traitement. Radiographie.

V.-J. DURAND.

Méningite chronique et pyocéphalie du nourrisson. 3 observations, par J. CHAPTAL, Cl. GROS, D. BRUNEL, R. JEAN et M^{lle} D. ALRAM. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 8 février 1952).

Chez le nourrisson, la pyocéphalie peut apparaître d'emblée (un cas à colibacille), faire suite à une méningite suppurée (un cas à *proteus vulgaris*), ou bien compliquer et entretenir une méningite suppurée (un cas à pneumocoque). Elle reste souvent latente. Ces conditions rendent obligatoires, chez le nourrisson, la pratique de la ponction ventriculaire en présence de tout syndrome neurologique atypique, même si le liquide lombaire est normal, et au cours de l'évolution des méningites suppurées. La terramycine, par la gamme de son activité antibiotique et grâce à sa large diffusion à travers la barrière hémoméningée, constitue le médicament de choix de ces états — associée dans certains cas à l'ouverture de la lame sus-optique.

L. R.

Méningite aseptique au cours du traitement par A.C.T.H. d'une maladie de Bouillaud avec bactériémie à streptocoques, par M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING, J. MINVIELLE et P. BARJON. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 7 mars 1952).

Cas de polyarthrite aiguë fébrile de l'adulte à début torticollique avec présence, par trois fois, de streptocoques non hémolytiques à l'hémoculture ; les tests humoraux (sédimentation, fibrinémie, bande de Weltmann) sont en faveur de l'origine rhumatismale. Le traitement hormonal par A.C.T.H. fait

disparaître les manifestations articulaires, mais au troisième jour survient une méningite aseptique à polynucléaires curable sous salicylothérapie-relais.

L. R.

Syphilis méningo-radulaire « réactivée » par la pénicilline, par M. RISER, L. GLEIZES, L. RIBAUT et A. RISER (*Bull. de la Soc. d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 25 janvier 1954).

Homme vigoureux de 30 ans, syphilis en 1948 traitée dès l'apparition du chancre et pendant la même année par deux cures de pénicilline G (8 millions d'unités en huit jours, et 1 gr. 68 de bi-métal). Intervalle libre de quatre ans, sans troubles, sans traitement. Brusque aggravation au début de 1953 : réaction méningée humorale, atteinte modérée des VI^e et VIII^e nerfs craniens. 1.500.000 unités de pénicilline G et retard sont injectées en 36 heures : accentuation considérable alors des signes cliniques (attaques de Ménière, paralysie totale du VI^e) et humoraux (hypercytose considérable, avec forte proportion de plasmazellen, réagines et albumine très augmentées). Arrêt de la pénicilline. Un traitement mixte As et Bi exerce alors une action favorable extrêmement rapide et complète : guérison totale humorale et clinique de cet épisode. Une « réactivation » par la pénicilline paraît très probablement en cause.

L. GAYRAL.

Sur une encéphalomyélite amyotrophiante à poussées successives. Données cliniques, électroencéphalographiques et électromyographiques, par Th. ALAJOUANINE, J. NICK, J. LEFEBVRE et J. SCHERRER (de Paris). (*La Presse médicale*, 9 juillet 1952).

Chez un enfant âgé actuellement de 10 ans, syndrome neurologique complexe associant des déterminations encéphaliques et médullaires et ayant évolué par poussées. Ces poussées, précédées et accompagnées de troubles du caractère, durant environ une semaine, étaient caractérisées par une fièvre de 39-40°, des signes méningés, des douleurs très vives dans les mollets entraînant l'insomnie, des sueurs. Répétées d'abord tous les mois, puis de plus en plus espacées de 1946 (début de la maladie) à 1951.

Secondairement, syndrome d'atteinte spinale : fasciculations musculaires au niveau des membres inférieurs et enfin amyotrophie importante affectant surtout les muscles des jambes, mais également ceux des mains. Troubles sensitifs discrets. A l'électro-encéphalogramme, anomalies importantes et diffuses consistant essentiellement en rythmes lents θ et δ , ces derniers apparaissant par bouffées accompagnées de pointes comme dans le mal comitial. Une étude électro-myographique des muscles atteints a révélé une altération très particulière de l'activité neuromusculaire.

L'évolution générale de la maladie semble au bout de cinq ans s'être faite vers une certaine stabilisation (espacement des poussées fébriles, caractère stationnaire de l'amyotrophie). Cette affection, qui s'individualise par tant de particularités cliniques, évolutives, électro-encéphalographiques et électromyographiques, ne paraissant pas aux auteurs pouvoir être rapprochée d'autres processus morbides connus, il leur paraît légitime de la considérer comme une entité nosologique nouvelle.

L. R.

Encéphalo-myéélite subaiguë et lympho-réticulose bénigne d'inoculation (maladie des griffes du chat), par A. GROSSIORD, A. WIMPHEN et M. SELIGMANN. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 23 mai 1952).

Observation d'un état fébrile prolongé avec adénopathie axillaire droite puriforme aseptique, au cours duquel apparut un syndrome myélitique. Atteinte des quatre membres. Torpeur pendant quatre jours. Hoquet pendant trois jours. Examen du liquide céphalo-rachidien : 16 lymphocytes et 0,45 d'albumine. Ces troubles neurologiques devaient régresser peu à peu, les troubles sphinctériens se montrant les plus tenaces.

Toutes recherches étiologiques ont été négatives à l'exception des intra-dermo-réactions pour la lympho-réticulose d'inoculation, faites avec deux antigènes différents et qui se sont montrées très positives. Quelque temps auparavant, ce malade avait dépouillé puis mangé un chat.

L. R.

Accidents nerveux de la maladie des griffes du chat, par R. DEBRÉ, Ludo VAN BOGAERT, S. THIEFFRY et M. ARTHUIS. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 22 juillet 1952).

Observation d'état convulsif avec coma traduisant l'existence d'une encéphalite survenue au cours d'une adénopathie liée à la maladie des griffes du chat ; malgré la gravité de cet état, la guérison a été complète sans séquelles. Rapprochant ce cas d'autres observations, les auteurs affirment l'existence d'une encéphalite pouvant compliquer la maladie habituellement bénigne des griffes du chat. Une observation de L. van Bogaert montre la possibilité de complications polynévritiques ou névritiques.

L. R.

Anévrysme traumatique supraclinoïdien de la carotide interne avec atteinte unilatérale du nerf optique. Hémianopsie horizontale supérieure, par J. BRIHAYE, J. MAGE et J. VERRIEST. (*Groupement belge d'études oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales*, séance du 19 décembre 1953).

Jeune homme de 24 ans qui, à la suite d'un traumatisme crânien grave par accident de motocyclette, ayant entraîné un coma prolongé, présente une hémiparésie gauche à prédominance faciale ainsi qu'une hémianopsie horizontale supérieure. Un anévrysme supra-clinoïdien fut mis en évidence, et l'intervention fut suivie de la régression progressive de l'hémianopsie. Discussion des critères permettant d'admettre l'origine traumatique de telles lésions.

J. LEY.

Tumeur nerveuse des fosses nasales. Un cas d'esthésio-neurocytome, par Paul Bosc. (*Bull. de la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris*, séance du 18 février 1952).

Diagnostic histologique difficile en raison de sa rareté et de sa grande ressemblance morphologique avec le sympathome. Interprétation histologique

parfois douteuse. Importance de l'évolution clinique pour confirmer ou infirmer le diagnostic histologique. Il s'agissait ici d'un esthésio-neurocytome, tumeur de malignité locale et atténuée, ce qui n'est pas le cas, lorsqu'il s'agit d'un sympathome.

L. R.

L'angiographie des tumeurs cérébrales, par Cl. GROS, J. MINVIELLE, R. LABAUGE et J. CADILHAC. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 22 février 1952).

Les auteurs montrent l'intérêt de l'angiographie cérébrale pour la localisation des tumeurs, le diagnostic des engagements sous-calleux, la prévision du type histologique d'après le mode de vascularisation. Associée à la technique électro-encéphalographique, elle tend à supplanter la ventriculographie qui reste indispensable dans les cas douteux et les tumeurs de la ligne médiane et de la fosse postérieure. Effectuée dans certains syndromes psychiatriques ou d'origine apparemment vasculaire, elle permet de rectifier le diagnostic et les indications thérapeutiques.

L. R.

Tumeur épiphysaire à symptomatologie atypique, par M. RISER, H. AMDUZE-ACHER et L. RIBAUT (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 25 janvier 1954).

Pinéalome de l'adulte sans signe de la région de la calotte pédonculaire et manifesté seulement par des crises bravais-jacksoniennes de l'hémiface gauche, des crises d'amaurose gauche et des névralgies occipitales. Fond d'œil normal. Au bout de quinze jours, hypertension intra-cranienne avec stase papillaire. Artériographie carotidienne normale, très gros ventricules mis en évidence par la ventriculographie. L'exploration lipiodolée des ventricules par la lame sus-optique montre une tumeur bloquant totalement l'aqueduc. Bon effet de la radiothérapie. Les auteurs soulignent que 78 % des pinéalomes ne se traduisent que par l'hypertension intra-cranienne et que les signes oculo-pupillaires classiques font souvent défaut.

L. GAYRAL.

Le syndrome de Melkersson-Rosenthal, par J. MAGE et J. PIÉRARD. (*Groupement belge d'études oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales*, séance du 19 décembre 1953).

Malades, dont le premier réalise au complet le syndrome : paralysie faciale récidivante, œdème de la lèvre supérieure, angines, langue scrotale, légères anomalies vestibulaires. Les examens de laboratoire indiquent une insuffisance surrénalienne. Le second cas a présenté des paralysies faciales alternantes, de la rhinite et une langue scrotale.

Discussion du diagnostic et des données de la littérature.

J. LEY.

Dissociation des surdités dites « nerveuses » par l'étude audiométrique, par P. HENNEBERT. (*Groupement belge d'études oto-neuro-ophthalmologiques et neuro-chirurgicales*, séance du 19 décembre 1953)

Rappel des étapes de l'étude des surdités, d'abord par les modifications de la conduction osseuse et la distinction entre surdité de transmission et surdité de perception, ensuite par l'introduction de la notion purement physique d'impédance, qui a permis de distinguer une surdité mécanique d'une surdité nerveuse. Enfin, une nouvelle méthode est issue de la technique audiométrique, qui permet la recherche des seuils d'excitation aux diverses fréquences.

J. LEY.

PSYCHOLOGIE

La spontanéité (...le mouvement spontané que voici), par E. MINKOWSKI (*Uit « Tijdschrift voor filosofie »*, décembre 1953).

Rappelant tout d'abord la définition de la spontanéité donnée par le professeur A. Porot dans son « Manuel alphabétique de psychiatrie » et la définition donnée dans le dictionnaire Larousse du mot spontané, M. E. Minkowski présente des réserves sur les exemples donnés. Envisageant, non le terme de spontanéité, jugé par lui trop extensif, mais le mouvement spontané tel qu'il s'offre dans la vie, l'auteur en décrit les caractéristiques ainsi que celles du mouvement réflexe et du mouvement volontaire dont il diffère très sensiblement : en effet, sans qu'intervienne à son point de départ un acte de volonté, le mouvement spontané « part de lui-même » sans être ni réflexe, ni automatique. Et il présente nécessairement une valeur positive au contraire de l'impulsivité qui comporte une teinte négative. « C'est un véritable jaillissement qui vient, comme un éclair bien souvent, projeter sa luminosité intense et exceptionnelle sur notre vie intérieure, sans qu'on puisse dire d'où il vient, sans même au fond qu'une question de cet ordre, sur le plan des données immédiates, nous vienne à l'esprit. »

Et, écrit en terminant M. E. Minkowski, « plus il y a de conventionnel dans la vie, plus il y a en elle d'automatismes, de mécanisation, d'habitudes prises et de formules qui fatalement ternissent à l'usage, plus la valeur du mouvement spontané, comme image, comme perspective, comme aspiration peut-être seulement, attire et s'affirme ».

R. C.

PHILOSOPHIE

Le fondement métaphysique de la notion de bien (El fundamento metafísico de la noción de bien), par Fritz Joachim VON RINTELEN (de Mayence). (*Revista da Universidade Catolica de São-Paulo*, vol. 1, fasc. 1, janvier 1952, p. 5-17).

Essayant de définir les fondements de la notion de bien, l'auteur montre que le bien appartient à l'ordre de la qualité. Il faut d'abord chercher à

préciser le point de vue ontologique et métaphysique, puis étudier le phénomène du bien lui-même, enfin montrer la nécessité d'une relation transcendante. Le problème du sens de la vie reste toujours à résoudre. Platon fut un des premiers à l'envisager. Un fait essentiel est l'existence d'une gradation, d'une hiérarchie du bien. Tous les efforts de l'homme sont finis, imparfaits, incomplets, mais il y a toujours une tendance à dépasser les limites humaines. L'auteur conclut avec Albert le Grand : « Bonum est resonantia Dei in mundi ».

V.-J. DURAND.

PSYCHANALYSE

Contribution à l'étude analytique de la pensée psychiatrique, par M. BOSS. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, I, 1952, p. 15).

Exposé des difficultés techniques que rencontre l'analyse psychiatrique et comment le médecin cherche à y remédier à l'aide de la notion de l'unité psychosomatique. Quelques exemples.

H. BERSOT.

L'analyse existentielle en psychothérapie, par Roland KUHN. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, 1952, p. 52).

En se référant à plusieurs auteurs : Gotthelf, Freud, Heidegger, Binswanger, l'auteur montre l'importance primordiale des cadres à l'intérieur desquels se déroule l'existence des individus. L'analyse existentielle permet au médecin de les déceler, il saura mieux alors employer au bon moment les propos appropriés à aider le malade, car souvent un seul mot peut avoir une grande influence.

H. BERSOT.

Contribution à l'étude du rêve, par Paul HÄBERLIN (de Bâle). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, 1952, p. 19).

Freud a analysé surtout les rapports du rêve avec l'état de veille. L'auteur étudie le rêve dans ses relations avec le sommeil, dont il esquisse d'abord la signification psychologique. Description analytique détaillée du rêve, dont le but est de préserver le sommeil en convertissant les impulsions irréalisées en valeurs seulement expressives. L'auteur explique quelques aspects du rêve à la lumière de sa théorie (le cauchemar est à ce point de vue un rêve manqué). Il cherche ensuite à en préciser la valeur diagnostique. Il met en défaut la thèse suivant laquelle le rêve ne serait que l'accomplissement symbolique de désirs inconscients ou refoulés. La signification du rêve est plus complexe : pour autant qu'on puisse le comprendre, il dévoile des impulsions irréalisées, avec leur but, leurs espoirs, mais aussi les obstacles divers qu'elles rencontrent, les conflits qu'elles font naître. Il contribue ainsi à permettre une meilleure compréhension de la personnalité.

H. BERSOT.

La narcose et les troubles psycho-moteurs du langage, par M. BECQ, LACAPÈRE, L. GLEYZES. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 28 janvier 1952).

Observation de deux malades soumis à l'endormissement par barbiturique intraveineux (narco-analyse), l'un parkinsonien, l'autre atteint de bégaiement. Les auteurs passent en revue les troubles psycho-moteurs du langage et concluent que la narco-analyse tend entre l'organique et le fonctionnel une parenthèse qui peut se garnir de tous les intermédiaires, permet de faire la part de l'organique et du fonctionnel, d'aller au delà du trouble et de démontrer le dynamisme moteur de l'organique comme le dynamisme moteur du fonctionnel.

L. R.

Paralysie du sommeil, par J.-M. SCHNECK (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 12, juin 1952).

L'auteur rapporte deux observations de cette suspension du tonus musculaire au moment du réveil ; le sujet conscient reste pendant quelques secondes ou quelques minutes incapable de se mouvoir. On a encore donné à ce trouble les noms de réveil psychomoteur retardé, réveil cataplectique, cataplexie parhypnotique, réveil dissocié. La paralysie du sommeil a été souvent observée en association avec la narcolepsie et la cataplexie. L'auteur, à propos d'un cas publié antérieurement, avait attribué un rôle probable à un conflit latent homosexuel. A cette action psychodynamique, il ajoute un conflit entre un état fonctionnel suractif agressif et un comportement inactif passif.

L. MARCHAND.

Faust, sa souffrance, par E. BLUM. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67, 1952, p. 5).

Analyse psychophilosophique de Faust avec nombreuses citations du poème de Goethe. Tourmenté par l'angoisse de la mort, il découvre en elle, par delà son côté négatif, une force bienfaisante qui l'élève à l'affranchissement spirituel en sorte que sa mort devient le moment suprême de sa vie. Il parvient aussi, non pas au ciel, mais dans le royaume éternel de l'amour.

H. BERSOT.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

De la capacité des ventricules cérébraux en fonction de l'âge et la présence de plaques séniles et d'altérations d'Alzheimer, par F. MOREL et E. WILDI. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Zurich, vol. 72, fasc. 1/2, 1953).

En conclusion de cette étude, selon que les déments présentent ou ne présentent pas, dans l'écorce frontale, des altérations cellulaires d'Alzheimer, leurs ventricules cérébraux ont des capacités plus ou moins grandes. Ces

variations de la capacité ventriculaire sont une des manifestations morphologiques du degré d'atrophie du parenchyme cérébral. Il existe un rapport discret entre le processus dégénératif intra-cellulaire d'Alzheimer et le degré d'atrophie parenchymateuse apprécié d'après la dilatation ventriculaire.

Ces deux groupes d'affections s'opposent donc par des manifestations macroscopiques de constatation facile et qui sont la manifestation morphologique de processus pathogéniques différents. Ce qui n'exclut toutefois pas la possibilité de parenté entre la démence sénile et la maladie d'Alzheimer mais, ajoutent les auteurs, c'est là « un autre problème qui reste encore à résoudre ».

R. C.

BIOLOGIE

Provocations des principales manifestations cliniques de l'épilepsie dite « temporale » par stimulation des structures rhinencéphaliques chez le chat non anesthésié, par G. MORIN, H. GASTAUT, R. VIGOUROUX et A. ROGER. (*Bull. de la Société de médecine de Marseille*, séance du 19 décembre 1951).

Les auteurs apportent le résultat de leurs observations, portant sur 16 chats chroniques « rhinencéphaliques » (complexe amygdalo-hippocampique).

1° *Les effets des stimulations croissantes.* — Dès le début, l'animal surpris, mais non absent, présente rapidement des mouvements anormaux, homolatéraux, tonico-cloniques, puis contro-latéraux, lents, sans saccades, s'étendant de l'extrémité céphalique au reste du corps, aboutissant à des mouvements de toupie ou de tonneau. Dix à quinze secondes après le début de la stimulation : relâchement des mouvements forcés, apparition de mouvements complexes, dont les plus fréquents sont ceux d'ordre alimentaire (pourelé-chage, déglutition) ou d'évacuation (vomissements, miction, défécation) ; des automatismes s'y associent quelquefois.

2° *Les effets des stimulations d'emblée plus intenses et de courte durée.* — L'animal, surpris dans son mouvement, fait un geste rappelant celui d'un chat attaqué par un chien avec un état de rage, hérissément des poils, « crachement » rauque.

3° *Les effets des coagulations.* — Ces effets n'ont jamais rendu, jusqu'à présent, les animaux irritables ou méchants.

Ces expériences montrent l'analogie entre les crises dites « temporales » de l'homme et les phénomènes observés chez le chat, les phénomènes inter-critiques étant difficilement décelables et ininterprétables chez cet animal.

L. R.

Modifications du courant sanguin, de la pression artérielle et des pulsations cardiaques associées à l'électrochoc convulsif, par M.-L. BROWN, G.-W. BROWN et H.-M. HINES. (*The American Journal of Psychiatry* vol. 109, n° 1, juillet 1952, p. 27).

Les expériences ont été faites chez des chiens. Le début même du choc électro-convulsif fut marqué par des convulsions et par un arrêt respira-

toire, de la bradycardie, une diminution du courant sanguin dans la carotide et de la pression artérielle dont la durée fut d'une seconde. La bradycardie n'eut pas lieu chez l'animal qui subit une double vagotomie. Ces modifications initiales furent suivies d'une augmentation secondaire prolongée ; c'est ainsi que le courant sanguin et la pression artérielle atteignirent en même temps leur plus haute augmentation pendant la phase des convulsions et au moment où la respiration réapparaissait ; puis ils commencèrent à diminuer lentement pour reprendre leur état normal au bout de 5 à 10 minutes. Le nombre des pulsations cardiaques diminua de 37 % pendant toute la durée des convulsions, augmenta ensuite pour reprendre son rythme normal 5 minutes après le choc.

Cette étude est en contradiction avec la conception qui attribue l'effet thérapeutique de l'électrochoc à l'ischémie cérébrale, résultat d'une forte vaso-contriction cérébrale.

Si les convulsions peuvent augmenter les modifications cardio-vasculaires dues au choc électrique, ces dernières sont cependant indépendantes des convulsions, puisque les mêmes constatations s'observent au cours des électrochocs non convulsifs.

L. MARCHAND.

Le comportement de la cholestérinémie dans l'électronarcose. (Il comportamento della colesterinemia nella elettro-narcosi), par Piero DOGLIANI (de Verceil). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 2, mars-avril 1952, p. 186-192).

Pratiquée chez dix malades soumis à l'électro-narcose, la mesure de la cholestérolémie par la méthode colorimétrique d'Autenrieth-Funk a montré une augmentation constante qui se maintient une demi-heure ou une heure après la suspension du courant pour redescendre au taux normal au bout de deux heures.

V.-J. DURAND.

Influence de la douleur sur le pH sanguin, par M. DE LAET, P. NELSI et A. LAFONTAINE (*Bull. de l'Académie royale de Belgique*, tome XVIII, 1953, n° 4).

Après exposé de leur technique et de leurs résultats, les auteurs concluent qu'un stimulus douloureux, même modérément intense, provoque, dans les quelques minutes qui le suivent, une chute brusque et nette du pH sanguin. Cela, pendant une durée ne dépassant guère dix minutes. Cette chute ne s'observe pas si une anesthésie complète supprime la douleur.

En cas de brûlure, la première chute est suivie d'une seconde chute plus lente, de plus longue durée et d'apparition plus tardive : dans ce cas, l'anesthésie préalable, qui supprime la première chute, ne supprime pas la seconde, peut-être due à la résorption des produits de désintégration des tissus brûlés.

L'intérêt de ce phénomène et sa part éventuelle dans le choc traumatique sont de nature à susciter des nouvelles recherches.

R. C.

Conclusions tirées de l'emploi des réactions classiques pour le diagnostic de la syphilis dans le sang et les liquides céphalo-rachidiens normaux chez le Noir africain. Etude de la réaction du V.D.R.L. et des techniques de Suchet, par L. LAPEYSSONIE. (*Bull. de la Société de pathologie exotique*, séance du 14 novembre 1951).

Au cours d'une enquête sérologique, portant sur 1.126 cas de syphilis reconnus cliniquement, diagnostiqués ou présumés, les réactions sérologiques ne sont positives que dans un nombre limité de cas : 40 % à la période primaire, 40 % pour la période secondaire, 33 % à la période tertiaire, 27 % pour la syphilis des fonctions de reproduction et 29 % pour la syphilis nerveuse. M. L. Lapeyssonie pose la question de savoir si la preuve sérologique de la syphilis est possible et valable chez l'Africain et s'il n'y a pas une « conformation humorale » propre au sérum des Noirs qui donnerait de fausses réactions positives, et pourrait rendre illusoire la pratique sérologique.

L. R.

Le test de Nelson. Son intérêt pour le diagnostic de la syphilis chez des sujets non traités, par A. SAUSSE, V. ROIRON, L.-J. BOREL et J. MARIEN. (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 8 novembre 1951)

Résultats d'une expérience portant sur un an et 1.000 examens. Si, pour les contaminés récents, le diagnostic par le test serait plus tardif que par la sérologie habituelle, par contre, pour les contaminations d'ancienne date avec sérologie incertaine ou négative et pour les syphilis héréditaires asymptomatiques, le test atteint un taux élevé et est constamment positif si le malade n'a pas été traité. Sa valeur diagnostique est alors décisive.

En présence de lésions cliniquement suspectes, si elles sont primo-secondaires, le test n'a qu'une valeur relative puisque d'autres moyens de diagnostic existent. En revanche, dans une forme tertiaire cutanée ou viscérale où ces moyens seraient en défaut, le test prend une grande valeur. 18 cas confirmatifs rapportés.

Enfin, si les résultats sérologiques laissent dans l'indécision chez des sujets non traités, en cas de positivité de toutes les réactions hémolyse et floculation le test fut positif 36 fois sur 37, aucune cause de fausse réaction ne pouvant d'ailleurs être invoquée dans le cas négatif. Quand, par contre, les réactions classiques sont partiellement positives, discordantes ou oscillantes (71 cas), le résultat du test est imprévisible. Il demeure donc, si l'on admet sa spécificité, seul propre à trancher ces cas douteux.

L. R.

Importance diagnostique du test de Nelson. Sa négativité permet d'abandonner un diagnostic de syphilis nerveuse, par G. BOUDIN et G. BLANCHER. (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 14 février 1952).

Chez un ancien syphilitique, dont l'état évoque une paralysie générale, un test de Nelson négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien engage à poursuivre une enquête qui décèle une tumeur frontale par métastase néoplasique.

L. R.

Réflexions sur le test de Nelson, par RABUT. (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 14 février 1952).

163 tests de Nelson chez 137 femmes, conjointement aux réactions classiques. La positivité de cette réaction de 54,5 % dans la syphilis secondaire augmente proportionnellement à l'ancienneté de la syphilis, jusqu'à 81,8 %, lorsque celle-ci dépasse dix ans. Chez une même malade, la courbe de positivité du Nelson peut osciller sans raison apparente, susceptible de présenter des modifications importantes en un délai court et de passer par 0 % pour remonter ensuite. Ces constatations semblent indiquer qu'on ne peut compter sur le Nelson, ni pour appuyer un diagnostic de syphilis en face d'un cas clinique ou sérologique douteux, ni pour prendre position sur le plan pronostic et thérapeutique en présence d'une syphilis connue.

L. R.

Première série de 36 tests de Nelson, par Cl. GERNEZ, C. HURIEZ et BAEI DEN. (*Bull. de la société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 14 février 1952).

Dans les syphilis primo-secondaires, l'intérêt du test est relatif, car les immobilisines sont plus tardives que les réagines et le parallélisme est complet. A la période tertiaire, le test est d'une sensibilité nettement supérieure. L'intérêt du test est enfin très grand dans le cas sérologiquement douteux et aussi comme contrôle du résultat thérapeutique.

L. R.

Les états d'asthénie et le titrage systématique de l'acide ascorbique dans le plasma, par L. GUIBERT et R. PRÉAUT (de Paris). (*La Presse médicale*, 2 février 1952).

Les auteurs rendent compte des résultats obtenus en traitant par la vitamine C un groupe de 64 jeunes gens de 14 à 18 ans atteints de troubles du caractère associés à des déficiences physiologiques ou mentales. Le titrage de l'acide ascorbique dans le plasma a mis en évidence un taux anormalement bas chez la plupart de ces sujets. Devant les résultats obtenus par la thérapeutique vitaminique et après avoir discuté la valeur du titrage de l'acide ascorbique dans le plasma, les auteurs préconisent d'effectuer systématiquement ce titrage dans les états d'asthénie, avec ou sans syndrome associé. On pourra ainsi mettre en évidence un état de carence qui passe souvent inaperçu et entreprendre la thérapeutique vitaminique.

L. R.

Des lipoprotéines en général et artério-sclérose cérébrale, par A. SIMON, J.-W. GOFMAN, N. MALAMUD, H.-B. JONES et F.-T. LINDGREN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 9, mars 1952, p. 663)

Les auteurs ont cherché à établir s'il y a une corrélation entre le taux de certaines molécules de lipoprotéine dans le sérum et la présence d'athérosclérose. Ils remarquent d'abord que l'athérosclérose se développe chez de

nombreuses personnes qui ont un taux normal de cholestérol dans leur sérum et qu'il y a peu de relation entre la généralisation et l'intensité de l'athérosclérose d'une part et le taux du cholestérol dans le sérum d'autre part. Après avoir donné la méthode qu'ils ont employée pour établir le taux des molécules de lipoprotéine du sérum, ils ont pratiqué leurs recherches chez des individus normaux sans symptômes d'athérosclérose et chez 200 malades atteints de psychose et d'artériosclérose cérébrale. Leur conclusion est qu'il y a peu de différence dans les résultats. Si l'on admet, ce qui n'est qu'une supposition, que le taux de lipoprotéines reflète l'intensité du processus athéromateux, on ne note pas que ce processus soit plus accusé chez les sujets atteints de psychose et d'artériosclérose que chez les sujets normaux du même âge. D'après les autopsies faites dans 24 cas, il ressort que l'artériosclérose cérébrale joue un rôle insignifiant dans les psychoses des artérioscléreux et que les symptômes cliniques tels que athérome des artères périphériques et hypertension ne sont pas des critères importants pour le diagnostic de psychose artérioscléreuse, même si des symptômes de démence organique s'y associent.

L. MARCHAND.

Les perturbations humorales observées chez l'alcoolique chronique, par Raoul LECOQ. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 9 février 1952).

Par des dosages effectués sur le sang de 20 alcooliques chroniques, avant et après cure de désintoxication, M. Raoul Lecoq montre que les modifications essentielles comportent d'abord une chute du taux d'urée, une augmentation du taux de cholestérol, une baisse de la réserve alcaline. Mais une défaillance rénale explique parfois une brusque élévation du taux de l'urée et une atteinte hépatique grave s'accompagne d'une chute du taux de cholestérol et d'une montée de la réserve alcaline. Les protides totaux sont d'ordinaire augmentés et les chlores globulaire et plasmatique peu changés. Par la suite, des troubles métaboliques s'accusent, se traduisant par une élévation des taux d'acétaldéhyde, puis l'acide pyruvique. Sous l'influence d'une désintoxication bien conduite, les chiffres perturbés tendent à revenir vers la normale, sauf réactions individuelles particulières qui s'expliquent par des dysfonctionnements endocriniens.

L. R.

Le rôle des facteurs lipotropiques dans le métabolisme perturbé de l'alcool éthylique, par Raoul LECOQ. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 31 mars 1952).

L'auteur, par de nouvelles expériences poursuivies sur le lapin, montre que la choline, la méthionine, l'acide pantothenique et la pyridoxine, facteurs lipotropiques, interviennent également comme facteurs actifs de catabolisme alcoolique et pyruvique. Dans les mêmes conditions, l'inositol reste sans effet.

L. R.

Sur le mode d'action de l'apomorphine dans le traitement des alcooliques chroniques, par Raoul LECOQ. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 28 janvier 1952).

A l'aide d'expériences poursuivies sur le lapin, M. Raoul Lecoq montre que l'apomorphine, préconisée dans le traitement des alcooliques chroniques, n'intervient pas seulement par son action vomitive, capable d'instaurer des réflexes conditionnés plus ou moins durables, mais encore par une inhibition des effets toxiques des produits intermédiaires du métabolisme perturbé de l'alcool éthylique, manifestation évidente d'une désintoxication valable, encore inexpliquée dans son processus et moins active que celle obtenue avec le couple nicotinamide-adénine, qui permet la synthèse organique rapide des coenzymes.

L. R.

ENDOCRINOLOGIE

Polyurie insipide, étude électroencéphalographique, par J. BRAHIC, H. GASTAUT, R. RABINOVITZ et J. REV. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 1^{er} février 1952).

Observation d'une polyurie permanente de 12 à 15 litres chez un homme de 23 ans, de pathogénie mixte avec élément polydipsique important, consécutive à une grave infection de la première enfance. L'étude électro-encéphalographique montre un rythme θ révélateur d'un trouble diencéphalique de l'électrogénèse cérébrale qui disparaît temporairement au cours de traitements hormonaux par la post-hypophyse polyvidone. Il faut admettre l'intervention d'une lésion hypophyso-tubérienne complexe. L'effet hormonal sur l'électrogénèse se rattache aux constatations analogues faites sur d'autres glandes endocrines.

L. R.

Sur la fréquence et la signification des retards pubertaires familiaux, par Jacques DECOURT et J.-M. DOUMIC. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 27 mai 1952).

Selon les races et les familles, l'éclosion de la puberté peut varier chez les filles entre 11 et 14 ans et chez les garçons entre 13 et 16 ans. Au delà de ces limites, une puberté trop précoce ou trop tardive fait suspecter un facteur pathologique, mais il faut insister sur la fréquence des pubertés tardives (au delà de 15 ans chez les filles et de 16 ans chez les garçons), que l'on peut qualifier d'essentielles, car l'équilibre physiologique paraît satisfaisant, hormis la date d'apparition de la puberté. On ne saurait parler de lésions proprement endocriniennes puisque, le retard mis à part, le système endocrinien est capable d'un fonctionnement normal, comme le montre l'évolution ultérieure spontanée ; l'entrée en jeu de l'hypophyse et des gonades est seulement décalée dans le temps. La fréquence de ces faits est certaine et l'importance des facteurs génétiques est mise en évidence par la fréquence des retards pubertaires familiaux. L'abstention thérapeutique s'impose, des hormonothérapies intempestives pouvant perturber l'évolution spontanément favorable.

L. R.

Sur les altérations testiculaires de la myopathie myotonique (maladie de Steinert). A propos de 5 observations, par Jacques DECOURT, J. LEREBoullet, R. HENRY et G. TINEL. (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 25 octobre 1951).

Les altérations testiculaires font constamment partie du tableau clinique de la maladie de Steinert à un certain stade de l'évolution. Fréquemment associés à une atteinte de la thyroïde et des surrénales, on a pu les considérer comme secondaires à une atteinte primitive de l'hypophyse. Dans quatre des cas étudiés, le taux des 17-cétostéroïdes dans l'urine était très abaissé ; celui des gonadotrophines était normal. Dans ces cas l'atteinte testiculaire semble bien devoir être considérée comme primitive. Dans un cas plus ancien et plus sévère, avec grosse altération de l'état général, les 17-cétostéroïdes ne dépassaient pas 1 mgr. 6 et l'élimination des gonadostimulines était inférieure à cinq unités. Ces chiffres font admettre une atteinte hypophysaire et une insuffisance surrénale associées.

L. R.

Gynécomastie et affections neurologiques, par A. GROSSIORD et E. BAULIEU. (*Bull. de la Société des hôpitaux de Paris*, séance du 23 mai 1952).

Cinq observations de gynécomastie apparues au cours d'affections neurologiques sévères : deux poliomyélites, un syndrome de Guillain-Barré, une myélite d'Erb, une polynévrite d'étiologie indéterminée. Les auteurs reprennent à ce propos le problème pathogénique des gynécomasties au cours des lésions médullaires, jusqu'ici centré surtout sur les paraplégies traumatiques. Aux facteurs d'ordre général (métaboliques, endocriniens ou psychiques), il leur paraît légitime d'adjoindre des troubles de « réceptivité » mammaire en rapport avec les lésions neurologiques. Les trois premières observations concernent, en effet, des affections ayant comporté des lésions hautes du segment cervico-dorsal, et dans un cas il existait précisément une paralysie intercostale grave du côté de la gynécomastie. Un bilan hormonal a pu être fait dans deux cas, montrant un léger déséquilibre œstrogènes-androgènes au profit des premiers.

L. R.

Syndrome de Babinski-Froelich avec anémie grave. De l'obésité gynoïde à l'obésité androïde, par L. LANGERON. (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 31 janvier 1952).

Observation d'un syndrome de Babinski-Froelich consécutif aux oreillons avec réaction méningée. Anémie grave dont l'origine neuro-hypophysaire peut être suspectée. Discussion des rapports entre obésités gynoïde et androïde, les deux types pouvant dépendre d'un état d'hypercorticisme œstrogénique ou androgénique, les variations hormonales pouvant expliquer les cas d'association et de passage du gynoïde à l'androïde, dont la clinique montre l'existence.

L. R.

Syndrome de Morgagni-Morel chez une arriérée hypothyroïdienne, par M. AUDIER, P. MOUREN et AMALRIC. (*Bull. de la Société de médecine de Marseille*, séance du 9 janvier 1952).

Observation clinique, biologique, encéphalographique et électro-encéphalographique.

L. R.

Maladie de Basedow prépubertaire, par M. DEROT, M. GOURY-LAFFONT, J. PERIN et M. SERFATI. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 4 avril 1952).

Maladie de Basedow pré-pubertaire avec retard considérable à l'établissement de la puberté. L'étude clinique a montré que cette malade avait un déficit de sa sécrétion hypophysaire de gonadotrophines et les auteurs se demandent si cette insuffisance gonadotrophique n'a pas été le fait primitif. Elle aurait, suivant leur hypothèse, entraîné par hypoovarie secondaire, la levée du freinage que les œstrogènes exercent normalement sur les thyroéstimulines. Le syndrome basedowien en serait résulté. La malade a guéri sous l'influence des antithyroïdiens de synthèse et d'un traitement par la gonadotrophine.

L. R.

Le diagnostic des hyperthyroïdies frustes par l'épreuve de fixation thyroïdienne de l'iode radio-actif, par GILBERT-DREYFUS et Marcel ZARA (de Paris). (*La Presse médicale*, 26 avril 1952).

Les auteurs font la critique de la mesure du métabolisme basal tel qu'il est pratiqué actuellement et montrent combien l'apparition de l' I_{131} a amélioré les possibilités diagnostiques des hyperthyroïdies.

Après avoir rappelé les bases physiologiques de l'emploi de l' I_{131} , les données générales de la technique, les précautions indispensables avant d'entreprendre un examen, ils font la critique des différents modes de dosage de l'iode : les dosages urinaires, les dosages sanguins comportent encore un pourcentage d'erreurs de diagnostic assez important. Beaucoup plus précise est la mesure de la fixation thyroïdienne, mais alors que la plupart des auteurs français ou américains se contentent d'une mesure unique à la sixième ou à la vingt-quatrième heure, ils préconisent l'établissement d'une courbe.

L. R.

La maladie de Fahr, calcifications intracérébrales non artério-scléreuses idiopathiques et ses rapports avec la tétanie, par J. CAMBIER (de Paris). (*La Presse médicale*, 21 mai 1952).

C'est de sa situation aux confins neuro-endocriniens que la maladie de Fahr tire l'essentiel de son intérêt. La multiplication des observations et une étude plus poussée des aspects de la maladie, en tenant compte spécialement de l'électro-encéphalogramme, de l'artériographie et des examens histologiques portant non seulement sur le système nerveux mais sur les parathyroïdes, apporteront une contribution utile au problème à l'ordre du jour des corrélations neuro-endocriniennes.

Sur le plan pratique, les auteurs soulignent l'intérêt d'avoir présente à l'esprit la maladie de Fahr dans la discussion des calcifications intracranien-
nes, et la nécessité de rechercher, par principe, les calcifications bilatérales
et symétriques des noyaux gris centraux devant toute tétanie.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des psychoses de la sénilité par l'acide nicotinique, par
I. GRÉGORV. (*The American Journal of psychiatry*, vol. 108, n° 12, juin 1952,
p. 888).

Devant les contradictions émises à ce sujet, l'auteur a essayé d'établir
objectivement l'action de l'acide nicotinique dans les psychoses de la séni-
lité. Les sujets prirent 300 mgr. d'acide nicotinique trois fois par jour et
100 mgr. en injections tous les jours. La durée du traitement a été de trois
mois. Sur 14 sujets âgés de 65 ans au moins, huit furent très améliorés, six
très peu ou pas du tout. Sur 40 sujets âgés de plus de 65 ans, six moururent
un ou deux mois après leur admission à l'hôpital, trois présentèrent de
graves accidents cérébrovasculaires, quatre purent reprendre leur place dans
la société. La plupart des autres malades ne manifestèrent aucune amélio-
ration. L'auteur conclut que l'acide nicotinique donne surtout de bons résul-
tats chez les sujets atteints de psychoses de la sénilité dont le début a été
récent et rapide. L'électrochothérapie ne doit être appliquée qu'après l'essai
d'un traitement par l'acide nicotinique. Le mode d'action de l'acide nicoti-
nique n'est pas encore précisé. Il semble possible de prévenir ou de retarder
le développement des psychoses de la sénilité chez les sujets âgés en leur
donnant journellement de petites doses d'acide nicotinique.

L. MARCHAND.

**De l'appréciation de l'action de l'acide glutamique dans les déficien-
ces mentales**, par R.-N. ZABARENKO et G.-S. CHAMBERS. (*The American
Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 12, juin 1952, p. 881).

Deux groupes de sujets ; sujets âgés, dans l'un, de 5 à 11 ans ; dans l'autre,
de 19 à 35 ans. On désirait ainsi apprécier les effets possibles, mais différents,
de l'acide glutamique sur des sujets incomplètement développés et sur des
adultes. Le quotient mental variait de 20 à 66.

Les malades furent hospitalisés dans deux services différents ; l'un était
spécialisé pour les soins aux faibles d'esprit ; l'autre était un institut neuro-
psychiatrique urbain. Les sujets furent soumis durant l'expérience à des
examens psychologiques comprenant neuf tests, à des examens médicaux et
psychiatriques. La durée de traitement a été au moins de 100 jours. La dose
d'acide glutamique était de 40 gr. par jour, donnée sous forme de tablettes.
Pour éviter toute suggestion, on fabriqua des tablettes ayant la même forme
et le même goût que les tablettes contenant l'acide glutamique ; seule la
moitié des sujets fut soumise au traitement par l'acide glutamique. On ne
nota aucune différence entre les sujets traités et les autres au point de vue
de l'amélioration des fonctions intellectuelles. En moyenne, on nota que les

sujets incomplètement développés firent plus de progrès que les adultes. L'action du milieu fut très significative, car les malades qui étaient hospitalisés dans le service spécialisé pour le traitement des retardés firent plus de progrès que ceux traités dans un hôpital psychiatrique. Les auteurs concluent que l'acide glutamique ne détermine aucun gain important dans les fonctions mentales, tandis que la stimulation dans un milieu spécialisé semble avoir une action notable.

L. MARCHAND.

Contribution à la thérapeutique psychiatrique moderne : la thérapeutique par l'anhydride carbonique. (Contribuição à moderna terapeutica psiquiatrica : Di oxido-carboterapia), par Luiz INACIO DE ANDRADE LIMA NETO (de Pernambouc). (*Neurobiologia Recife*, t. 14, n° 4, décembre 1951, p. 252-264).

Après une revue d'ensemble de la thérapeutique de Ladislav von Meduna par l'anhydride carbonique, l'auteur indique ses résultats personnels sur 45 malades avec un total de 747 applications. Vingt malades abandonnèrent le traitement : douze étaient des hystériques, cinq des sujets atteints de névrose d'angoisse, trois des obsédés. Vingt-cinq se soumirent à la thérapeutique : quatorze souffrant de névrose d'angoisse, six d'hystérie, cinq de névrose obsessionnelle. Des quatorze : sept guérirent, quatre s'améliorèrent, trois ne se modifièrent pas. Des hystériques, trois guérirent, un s'améliora, deux furent inchangés. Les cinq obsédés ne furent pas améliorés. De nouveaux travaux sont nécessaires pour préciser les indications. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Des états anxieux et de leur traitement par les injections intraveineuses d'acétylcholine, par J. Lopez Ibor. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section of Psychiatry*, vol. 45, n° 3, août 1952, p. 511).

Les doses d'acétylcholine (chlorhydrate d') sont progressives jusqu'à l'obtention d'un choc végétatif avec perte passagère de connaissance. Si les doses progressives sont données à des intervalles convenables, le malade n'éprouve plus d'appréhension. La sensibilité particulière de chaque sujet doit être déterminée d'après la première injection. On commence par une dose qui sera le quart de la dose (0 gr. 20), qui sera atteinte après quatre injections et qui restera ensuite la même pour chaque injection. L'injection sera faite en une minute : le malade tousse, éprouve une sensation d'oppression, de chaleur à la face et aux membres ; le pouls se ralentit, peut même s'arrêter durant quelques secondes. L'état redevient normal après cinq minutes. Les injections sont faites deux ou trois fois par semaine et sont maintenues à la dose de 0 gr. 20. Le nombre d'injections n'est pas fixé : la plupart des cas guérissent après un traitement consistant en trois injections par semaine pendant douze semaines.

Sur plus de 12.000 injections, aucun accident n'a été noté ; l'hypertension n'est pas une contre-indication. Sur 81 cas traités, on relève 44 guérisons, 18 améliorations, 19 cas sans changement. Les pycniques répondent mieux à ce traitement que les asthéniques.

L. MARCHAND.

Expériences ultérieures sur l'emploi de l'anhydride carbonique selon Meduna en thérapeutique psychiatrique. (Ulteriori esperienze sull'impiego dell'anidride carbonica secondo Meduna in terapia psichiatrica), par S. RIGOTTI et D. FONTANARI (de Padoue). (*Il Cervello*, 28^e année, n° 5, 15 septembre 1952, p. 333-336).

L'emploi de la méthode de Meduna à l'anhydride carbonique a donné aux auteurs les résultats suivants : sur seize psychonévroses : cinq guérisons, trois améliorations légères, un échec, sept refus après quelques séances. Sur sept dépressions : trois guérisons, une amélioration, un échec, deux refus. Un cas de délire de relation sensitive de Kretschmer ne fut pas modifié. Le traitement a été bien supporté, sans incident.

V.-J. DURAND.

Traitement de la démence précoce par la trypanosomiase, par P. GALLAIS (de Marseille). (*Bull. de la Société française de thérapeutique et de pharmacodynamie*, séance du 16 décembre 1953).

Le médecin colonel P. Gallais apporte douze observations de malades ainsi traités, avec inoculation, soit par voie intra-musculaire, soit par voie intra-dermique. A partir du dixième jour environ, on voit apparaître des ondes thermiques, avec intervalles d'apyrexie et des modifications électro-encéphalographiques caractéristiques. On observe, en même temps, des modifications sérologiques avec augmentation considérable des gamma-globulines. C'est à ce moment que se produit l'amélioration psychique. Sur douze sujets atteints de schizophrénie ou de psychose hallucinatoire, huit ont été considérés comme guéris, les quatre autres ont présenté des améliorations transitoires.

L. R.

Le traitement des cas limites de schizophrénie. (The management of borderline schizophrenia), par Donald B. DOUGLAS jr (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 6, n° 2, avril 1952, p. 245-255).

Après avoir défini les cas limites de la schizophrénie, l'auteur envisage le traitement à appliquer, insistant particulièrement sur la psychothérapie. Celle-ci se heurte à de nombreuses difficultés ; les précautions à prendre sont rappelées. Au point de vue thérapeutique, ces malades peuvent être comparés à des diabétiques pour lesquels la surveillance médicale doit être continuée toute la vie. Les autres traitements sont évoqués, et surtout la psychochirurgie, qui nécessite l'appoint de la psychothérapie.

V.-J. DURAND.

Contribution à la thérapeutique des psychoses épileptiques par le « blocage végétatif » (méthode Balsi). (Contributo alla terapia delle psicosi epilettiche mediante il « blocco vegetativo » (methode Balsi), par Antonio JARIA (de Volterra). (*rassegna di studi Psichiatrici*, vol. 41, fasc. 2, mars-avril 1952, p. 226-235).

L'auteur a employé, chez 24 sujets à psychoses épileptiques de formes variées, l'association de produits inhibant l'ortho- et le para-sympathique

(gynergène et bellafoline). Dans 13 cas, il y eut diminution du nombre des accès ; le psychisme fut amélioré, ainsi que le caractère, dans sept cas. Quelques considérations sont faites sur la possibilité de ce traitement chez des sujets prédisposés à l'épilepsie. Des commentaires sont également développés sur le mode d'utilisation de la méthode du blocage végétatif. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La phényl-acétylurée dans la cure de l'épilepsie. (La fenilacetilurea nella cura dell'epilessia), par Dino CENTINI et Mario RADICCHI (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 3, mai-juin 1952, p. 457-464).

Les auteurs rappellent les propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques de la phénylacétylurée. Ils envisagent ensuite l'action anti-comitiale de ce produit. Ce dernier se montre d'une activité remarquable, favorisant l'efficacité des barbituriques et sa toxicité apparaît faible. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La cure de désintoxication alcoolique chez l'épileptique, par J. LEREBoullet, L. VIDART, R. DELARUE et E. GASTEAU. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 4 juillet 1952).

Amenés à pratiquer la cure de désintoxication alcoolique chez un nombre important d'épileptiques, les auteurs ont constaté que, loin d'aggraver l'épilepsie, la désintoxication alcoolique, même par l'antabuse, avait au contraire un effet salutaire sur celle-ci. Dans la presque totalité des cas, il y a diminution du nombre des crises et, dans la moitié des cas, l'électro-encéphalogramme est notablement amélioré. Il y a donc là un moyen fort utile de traiter ces malades chez qui, du fait de l'imprégnation éthylique, la chimiothérapie se montre trop souvent inefficace.

L. R.

Sur le traitement avec le disulfure de tétraéthylthiurame d'alcooliques épileptiques et d'épileptiques alcooliques. (Sul trattamento con tetraetilthiurame disolfuro di alcoolisti epilettici e di epilettici alcoolisti), par A. POLONI (de Bergame). (*Rassegna di neuro-psichiatria*, vol. 6, n° 3, mai-juin 1952, p. 219-227).

Après une étude sur une vingtaine de cas, l'auteur conclut à l'absence de danger du traitement par le tétraéthylthiurame chez des alcooliques souffrant de crises épileptiques. Il en est de même chez des épileptiques, faisant par intermittence, des excès de boissons alcooliques qui augmentent la fréquence de leurs crises.

V.-J. DURAND.

Un cas de crampe des écrivains guéri par le trihexiphénidyl par A. RAVINA. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 16 mai 1952).

Observation d'un employé de bureau présentant une crampe des écrivains, qui fut très rapidement guéri par l'ingestion quotidienne de 6 à 8 mgr. de

trihexiphénydyl. L'effet de la médication se prolonge pendant environ 48 heures, lorsqu'elle a été suspendue. Ce malade avait présenté peu de temps auparavant une anémie de Biermer avec syndrome neuro-anémique.

L. R.

Traitement de la maladie de Basedow par l'iode radio-actif (I^{131}), par L. BRULL et L. LEFEBVRE (de Liège). (*Bull. de la Société belge d'endocrinologie*, séances des 22 et 23 mars 1952).

Résultats obtenus dans 40 cas de maladie de Basedow traités à l'iode radio-actif. La guérison complète et définitive survient dans 68 % des cas après une dose unique d'isotope. Le fait qu'il persiste après administration d' I^{131} un pourcentage non négligeable de cas imparfaitement guéris montre que l'iode radio-actif, s'il semble être le traitement le plus commode de la maladie de Basedow, n'en constitue pas encore le traitement idéal.

L. R.

Epreuve au crésoxydiol dans le pronostic et le traitement des lombalgies et des sciatiques, par J. BOISSIER (de Paris). (*La Presse médicale*, 12 juillet 1952).

Reprenant l'étude du crésoxydiol dans le traitement des lombalgies et sciatiques, l'auteur en précise la technique : 2 grammes dans 100 cm³ de sérum injectés par voie intraveineuse en cinq minutes. En outre, il refait un essai de classification et d'interprétation des résultats obtenus, et se demande s'il n'y aurait pas là un test différentiel intéressant entre sciatiques « médicales » et sciatiques « chirurgicales ».

L. R.

Entretiens thérapeutiques avec les parents ayant des réactions hostiles, par E. R. INWOOD. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 6, décembre 1952, p. 454).

Il y a des parents qui ne veulent pas reconnaître que leur malade est atteint d'une affection mentale ou qui accusent l'hôpital d'aggraver son état. Des entretiens avec ces parents sont nécessaires. On les laisse exposer leur mécontentement, puis on les remercie des renseignements qu'ils ont donnés et qui profiteront au traitement de leur malade. Presque toujours, ces conversations amortissent leurs mauvaises dispositions. On peut aussi se trouver en présence d'un parent atteint d'une « folie à deux ». Dans certains cas, on peut demander aux parents protestataires de faire examiner le malade par un expert de leur choix ou de prendre sous leur responsabilité la mise en liberté du malade. Il y a en outre des parents qui, durant leur visite, expriment leur gratitude au médecin et ensuite déposent une plainte contre lui ; dans de tels cas, on doit s'efforcer d'avoir d'autres entretiens avec eux.

L. MARCHAND.

Éléments de bibliothérapie (*Elementi di biblioterapia*), par Mario NISTRI (de Florence). (*Rassegna di studi psichiatrici*, 41, fasc. 2, mars-avril 1952, p. 209-219).

Après avoir défini la bibliothérapie et montré les récents développements de cette nouvelle branche de la psychothérapie, l'auteur expose les buts, les indications, la technique, les mécanismes psychologiques et les résultats. Il rapporte quelques exemples personnels. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

De la mort due au traitement, par W. S. MACHAY. (*Proceedings of the Royal Society of medicine. Section of Psychiatry*, vol. 40, janvier 1953, p. 1).

Sur 329 cas de mort dus au traitement, l'auteur les décompose ainsi : leucotomie, 190 ; convulsivothérapie, 67 ; insuline, 44 ; anesthésiques, 13 ; narcose continue, 8 ; malariathérapie, 6 ; opérations chirurgicales, 6 ; injections intra-veineuses, 3 ; médicaments anti-épileptiques, 2.

Au cours de l'électrothérapie, les cas de mort sont rares par rapport au nombre considérable d'électro-chocs qui journellement sont appliqués. Dans 34 cas, la cause est d'origine cardio-vasculaire ; dans 19, d'origine respiratoire ; dans 4 cas d'origine cérébrale (embolies, hémorragies). Dans d'autres cas, on note comme causes : collapsus durant l'anesthésie, anoxie, état de mal épileptique, rupture de l'intestin, hémorragie de la glande thyroïde. Dans la moitié des cas, la mort est survenue après le premier choc convulsif. Dans cinq cas, elle s'est produite au cours de l'électro-narcose.

On estime à 2 % les cas de mort dus à la lobotomie. Sur les 180 cas de la statistique, la mort a pour cause : hémorragie cérébrale dans 56 cas, abcès cérébral dans 5 cas, ramollissement cérébral dans 2 cas, convulsions dans 3 cas. L'œdème cérébral n'est signalé qu'une fois, la broncho-pneumonie douze fois, l'embolie pulmonaire cinq fois, l'arrêt du cœur quatre fois.

Dans les 44 cas de mort au cours de l'insulinothérapie, les causes sont : treize fois le coma irréversible, sept fois des convulsions épileptiformes, sept fois l'œdème pulmonaire aigu, cinq fois l'arrêt du cœur, deux fois l'asphyxie par inhalation de matières vomies, deux fois le collapsus pulmonaire. L'âge, le sexe, les doses d'insuline ne semblent jouer aucun rôle spécial dans les cas de coma prolongé.

Dans les huit cas de mort au cours de la narcose continue, il s'agit de sujets jeunes âgés de 25 à 45 ans. La mort est survenue chez la plupart à la fin du traitement. Dans quatre cas, la cause est d'origine respiratoire, dans trois cas d'origine cardiaque.

Les causes de la mort chez les deux épileptiques sont dues, dans un cas à l'épanutin et le mésantoin, dans l'autre au tridione.

L. MARCHAND.

Néphrite aiguë mortelle post-bismuthique, par L. PÉRIN, P. JACOB et M^{lle} L. AILNOVSKY. (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 13 mars 1952).

A la suite d'une cure de bismuth insoluble, une quinquagénaire, syphilitique régulièrement traitée, sérologiquement négative et indemne de tare

rénale, fait une stomatite suivie d'albuminurie intense avec néphrite aiguë mortelle en trois semaines. A propos de ce cas, les auteurs insistent sur la nécessité de surveiller le fonctionnement rénal au cours des traitements bismuthiques et d'interrompre ceux-ci en cas d'albuminurie, même minime.

L. R.

Myélose hypoplasique chez une épileptique traitée par la phénacétylurée associée au gardénal et à la benzédrine, par G. BOUDIN, J. NICK, J. BARBIZET et J. C. JOB. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 16 mai 1952).

Une épileptique atteinte de crises de grand mal et de crises psychomotrices temporales est soumise pendant un an à un traitement comportant 1 gr. 80 de phénacétylurée, 0,10 de gardénal et 0,005 de benzédrine par jour. Suspension immédiate des crises, mais constitution au bout d'un an d'une hémopathie grave, anémie (1.870.000 globules rouges), leucopénie (1.200), avec granulopénie, hypoplaquettose. Lente amélioration par les transfusions associées à la vitamine B12 et l'acide folique.

Les auteurs, tout en soulignant le caractère rarissime des hémopathies graves au cours des traitements par la phénacétylurée recommandent la surveillance hématologique systématique des malades qui y sont soumis ; spécialement si la phénacétylurée est prescrite en associations avec d'autres médications anticomitiales qui semblent augmenter son effet toxique.

L. R.

Des psychoses survenant durant l'électrochocthérapie : leur relation avec la théorie des traitements de choc, par E.-A. WEINSTEIN, L. LINN et R.-L. KAHN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 1, juillet 1952, p. 22).

Une femme, âgée de 48 ans, à la suite de l'ablation d'un méningiome de la moelle épinière, est atteinte d'une paraplégie s'accompagnant de douleurs violentes irréductibles dans les membres inférieurs. Elle subit trois séries d'électrochocs comprenant 3, 9, puis 11 électrochocs consécutifs un par jour. L'attitude de la malade vis-à-vis de ses douleurs se manifesta en corrélation avec les autres modifications du comportement tels que désorientation, paraphasie, troubles des perceptions, altérations du tracé électro-encéphalographique. Au moment des modifications mentales fonctionnelles les plus grandes, la malade était euphorique et ne souffrait plus (syndrome de négation) ; quand l'état mental était moins accusé, elle était paranoïde et ne manifestait qu'une négation partielle de ses douleurs ; quand l'état mental était peu altéré, elle était déprimée et se plaignait de nouveau de ses douleurs violentes. L'état aigu présenté par la malade après la cessation des convulsions est comparé à celui que l'on note chez les sujets intoxiqués par les barbituriques, chez lesquels on supprime brusquement le toxique. On peut observer chez eux le syndrome de négation. Les auteurs admettent que l'efficacité thérapeutique des électrochocs dans les dépressions fonctionnelles est due à la production d'un état cérébral qui, comparé à celui de l'anosognosie, est facilité par les dispositions individuelles spéciales des sujets dont le caractère est porté à nier leurs fautes et leurs imperfections et, par conséquent, à extérioriser un « syndrome de négation » concernant leurs troubles mentaux.

L. MARCHAND.

Thyrotoxicose après électrochochthérapie, par M.-A. BERCEL. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 11, mai 1952, p. 859).

Les modifications de la fonction thyroïdienne ont été observées dans deux cas de mélancolie involutive et dans un cas de schizophrénie catatonique au cours ou après l'électrochochthérapie. Les troubles consistaient en hyperthyroïdisme. Ils s'observent rarement, puisque on ne les note que chez 1 % des cas traités. L'auteur admet la pathogénie suivante : les électrochocs stimulent l'hypophyse et augmentent la production de l'hormone thyrotrophique qui est d'ordinaire neutralisée par la cortisone. L'hyperthyroïdisme n'apparaît que chez les sujets qui sont incapables de produire leur cortisone. Le métrazol n'a pas la même action que les électrochocs sur la fonction thyroïdienne ; dans deux cas de délire thyrotoxique, il a eu un heureux résultat.

L. MARCHAND.

Syndrome général d'adaptation et thérapeutique de choc dans les maladies mentales. (Sindrome generale di adattamento e shock-terapia nelle malattie mentali), par Rodolfo BELSANTI (de Lecce). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 6, n° 2, mars-avril 1952, p. 138-149).

Après rappel de la théorie de Sélye et de l'analogie des modifications biochimiques et neurovégétatives produites par les traitements de choc avec le tableau de la réaction d'alarme, l'auteur expose les résultats de ses recherches sur les altérations quantitatives des éosinophiles dans le sang périphérique, aussitôt avant, une demi-heure et deux heures après électro-choc, électro-narcose et cardiazol chez 23 malades mentaux. Il y a presque toujours éosinopénie supérieure à 40 % avec valeurs plus basses chez les schizophrènes que chez les oligophrènes et les dysthymiques. Chez les malades ayant de l'insulino-résistance, il est conseillé d'employer des sympatholytiques. La théorie de Sélye semble se montrer capable d'expliquer certains mécanismes d'action de la thérapeutique de choc. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Thérapeutique de choc (Shock therapy), par Paul H. WILCOX et Ilse ADLER. (Extrait de 32 pages de *Progress in Neurology and Psychiatry*, vol. 6, 1951).

Les auteurs rapportent les modifications apportées à la suite des récents travaux à la technique, aux indications, aux résultats des diverses méthodes de choc, établissant ainsi une utile mise au point. Ils envisagent successivement l'insulinothérapie, aussi bien dans sa forme comatogène que dans la variété subcomateuse, les injections de métrazol, les procédés de choc électrique étudiés de façon assez développée (électro-choc, électro-narcose ; association avec les curarisants, ou d'autres médicaments ; contre-indications et complications ; aspects psychologiques ; expérimentation animale ; indications, aspects physiques et physiologiques) ; méthode de von Meduna à l'anhydride carbonique. Le chapitre se termine par une bibliographie riche de 258 références.

V.-J. DURAND.

Rapport sur le traitement électro-convulsif de 102 schizophrènes malades depuis longtemps, par A. FERGUS. (*The American Journal of Psychiatry*, vol 109, n° 6, décembre 1952, p. 439).

L'auteur rapporte les résultats du traitement électro-convulsif de 102 schizophrènes comprenant 50 paranoïdes, 29 catatoniques, 9 hébéphréniques et 14 cas inclassables. Ils étaient malades depuis dix-huit mois à quinze ans et âgés de 24 à 47 ans. Chez les sujets agités, troublés, fortement diminués, le traitement consista en trois électro-chocs le premier jour, deux le second, un le troisième et ensuite trois par semaine ; les autres malades ne reçurent que trois électro-chocs par semaine. C'est entre le douzième et le trentième choc que l'effet thérapeutique commence à se manifester. Diverses médications furent administrées pour combattre des complications telles que hyperanxiété, nausées, troubles respiratoires, apnée prolongée. Aucune psychothérapie ne fut faite. Le traitement a été continué périodiquement chez 66 malades pour maintenir les résultats favorables et permettre à ceux mis en liberté de rester dans leur famille. La valeur de cette méthode préventive reste encore à être précisée. Sur les 102 malades, 8 furent rendus à leur famille, 8 sont sur le point de l'être ; 35 présentèrent une amélioration nette de leur comportement et de leurs manifestations mentales, 20 une amélioration de leur conduite et de leur comportement ; l'état de 31 sujets ne fut pas modifié. La durée de la maladie et le diagnostic ne peuvent être considérés comme une contre-indication à l'électrochothérapie. L'échec provient souvent d'un arrêt trop précipité du traitement. La plupart des malades qui répondaient le mieux au traitement n'eurent à subir que de courtes séries. Le début de l'amélioration survint en général avant le vingtième choc convulsif, parfois après le trentième. Quand aucune amélioration ne fut constatée durant le traitement, l'électrochothérapie fut interrompue après le cinquantième choc. L'auteur fait remarquer que les sujets améliorés ne sont pas guéris. En dehors des sujets qui purent quitter l'hôpital, les autres malades qui restèrent hospitalisés présentèrent une telle amélioration de leur comportement que l'aspect du quartier fut modifié pour la plus grande satisfaction des infirmiers.

L. MARCHAND.

La place de l'électrochothérapie après la soixantaine, par Gaston FERDIÈRE. (*Bull. de la Société médicale du pays basque*, n° 13, 3^e trimestre 1952, p. 128-142).

Même après 60 ans, la sismothérapie électrique peut être employée avec intérêt. Si les indications en sont assez nombreuses, l'une est essentielle : la mélancolie. Rappelant ses principaux caractères cliniques, l'auteur précise ensuite la technique du traitement, insistant sur certaines précautions pour éviter les complications possibles : mentales, dentaires, osseuses, respiratoires et cardiaques, complications d'ailleurs indépendantes de l'âge plus ou moins avancé du malade. Les résultats sont ordinairement rapidement excellents.

V.-J. DURAND.

Indications concernant les controverses relatives à l'électro-convulsothérapie, par A. GALLINEK. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 5 novembre 1952, p. 361).

A côté des indications courantes de l'électrochothérapie dans les états affectifs, l'auteur a obtenu avec ce traitement des résultats dans des cas où dominent les symptômes viscéraux sympathiques, qui sont complètement résistants à la psychothérapie et qui masquent un état dépressif, dans des cas d'équivalents névrotiques dépressifs dont les symptômes prennent la forme d'obsessions ou de neurasthénie. Dans l'anorexie nerveuse, quand elle résiste à la psychothérapie, l'électrochothérapie modifie le comportement vicieux et ensuite la psychothérapie stabilise la guérison. Chez des schizoïdes, qui présentent depuis plusieurs années des complications névrotiques, l'électrochothérapie peut amener la guérison qui était considérée inespérée sans que l'on ait recours à la psychothérapie. Dans les cas de névrose vraie obsessionnelle, aucun résultat favorable n'est à attendre de ce traitement. Par contre, au cours du traitement des toxicomanies, le traitement peut avoir une action favorable au moment où les symptômes commencent à disparaître.

L. MARCHAND.

Thérapeutique électro-convulsive après intervention chirurgicale consistant en une coarctation aortique par implantation d'une isogreffe aortique, par J. V. MONKE. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 5, novembre 1952, p. 378).

L'isogreffe aortique de six centimètres avait été pratiquée pour anévrisme un an avant l'application du traitement électro-convulsif. Le sujet, âgé de 36 ans, atteint de crises anxieuses, subit quinze électro-chocs convulsifs sans manifester le moindre trouble physique et son état mental s'améliora.

L. MARCHAND.

Nouvelles observations d'électro-stimulation non convulsive, par H. BERLINER et F. L. SHARTENBERG. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 6, décembre 1952, p. 433).

Suivant la technique de Hirschfeld, un courant de 30 à 80 milliampères au plus est appliqué durant deux à trois minutes ; immédiatement avant, on fait une injection intraveineuse de 8 à 12 cc. d'une solution à 5 % de pentothal, car le traitement est douloureux. Les électrodes sont appliquées bitemporalement. On continue le traitement tous les jours et on fait 20 à 30 séances. Pour les auteurs, la réaction violente motrice avec accompagnement de rage et de cris, qui apparaît environ dix minutes après le traitement, est une manifestation hystérique du sujet hypnotisé qui, demi-conscient, désire coopérer avec l'opérateur ; car les malades ont l'impression que le succès du traitement est en rapport avec la violence de leur réaction émotive. A noter que ces accès de violence s'atténuent dès que l'on demande au personnel de n'y pas faire attention. Ce traitement, qui est sans danger, peut être prolongé ; il évite la confusion, les troubles de la mémoire, les fractures observées au cours des traitements convulsifs. Il est indiqué

dans la schizophrénie paranoïde, les états anxieux, les formes psycho-somatiques, les troubles caractériels et antisociaux des épileptiques tout en maintenant le traitement anti-convulsif, le coma barbiturique, les états de confusion ou d'engourdissement consécutifs aux électro-chocs ou à l'action des barbituriques.

L. MARCHAND.

Thérapeutique électrique transcérébrale avec courant alternatif à basse intensité. (Terapia elettrica transcerebrale con corrente alternata a bassa intensità), par Bruno RIBOLI. (*Rassegna di neuro-psichiatria*, vol. 5, n° 6, novembre-décembre 1951, p. 404-419).

L'auteur expose la méthode d'application du courant alternatif à basse intensité, inférieure à 250 milliampères. Il en indique les principales applications thérapeutiques, rapportant les résultats personnels et en particulier en comparaison avec l'insuline et l'électro-choc dans la schizophrénie. D'utiles conseils sont donnés pour une bonne technique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'électronarcose. (La electronarcosis), par Ottavio VERGANI. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 14, n° 3, septembre 1951, p. 349-378).

L'auteur fait une importante revue générale sur la méthode de traitement par électro-narcose. Historique, technique, tableau clinique de la crise, physiopathologie, anatomie pathologique, résultats, incidents, sont successivement envisagés. Puis sont rapportées les constatations personnelles de l'auteur : technique voisine de celle de Cabitto, résultats obtenus chez 138 malades mentales. Dans l'ensemble, l'efficacité thérapeutique a été très bonne dans les états dépressifs, intéressante dans les syndromes paranoïdes, moins grande dans les catatonies et l'hébéphrénie ; les syndromes d'excitation et les psychonévroses semblent les indications d'élection. Le mémoire se termine par une étude du mécanisme possible d'action de l'électro-narcose.

V.-J. DURAND.

La thérapeutique par le sommeil prolongé. (La terapeutica por el sueño prolongado), par José TORRES NORRÍ (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 1^{re} année, n° 3, avril 1952, p. 25-32).

L'auteur donne la traduction de l'instruction sur la thérapeutique par le sommeil prolongé émanant du ministère de la santé publique de l'U.R.S.S. Ce texte décrit la méthode, indique les stades habituels, les complications possibles, précise les indications et les contre-indications.

V.-J. DURAND.

Premiers essais d'application de certains ganglioplégiques aux accidents vasculaires aigus du cerveau, par D. PETIT-DUTAILLIS, G. GUIOT et B. DAMOISEAU (de Paris). (*La Presse médicale*, 7 mai 1952).

Après les heureux effets obtenus par eux de l'hexaméthonium et du 9295 C, en neuro-chirurgie, à la fois pour prévenir l'hémorragie et pour favoriser la

résorption de l'œdème cérébral, les auteurs ont appliqué la même thérapeutique à certains accidents vasculaires aigus du cerveau. Ces ganglioplégiques peuvent avoir une action utile dans les infarctissements hémorragiques, en favorisant l'arrêt du processus et son enkystement, et dans les obstructions artérielles par angéite ou embolie, en permettant de lutter contre la stase capillaro-veineuse et l'œdème périfocal.

Dans un cas d'hématome intra-capsulaire, accompagné d'un œdème périfocal, aggravé malgré la ponction évacuatrice, le 9295 C en injections sous-cutanées a permis de redresser en quelques heures une situation qui, du fait de la gravité extrême des signes neuro-végétatifs, semblait irrémédiablement compromise.

Sur cinq hémiplégies brutales, survenues chez des artéritiques, et se présentant sous l'aspect d'un ramollissement au début, ont été obtenus deux succès indéniables (récupération très rapide de la motricité et de la parole, à dater des premières injections), un résultat temporaire et deux échecs. Les deux succès étant dus à une application précoce de la médication (moins de vingt-quatre heures, après le début des accidents).

Dans un état de mal éclamptique, l'application d'hexaméthonium a permis d'obtenir la cessation immédiate et définitive des crises.

Ces premiers résultats semblent justifier l'application des ganglioplégiques à certains accidents vasculaires aigus du cerveau, accompagnés d'hypertension artérielle.

L. R.

Intérêt diagnostique et thérapeutique de l'encéphalographie gazeuse au cours des états mélancoliques, par P. GRAUX, A. LORRAIN et J. CARON. (*Bull. de la Société de médecine du Nord*, séance du 25 avril 1952).

Les auteurs ont essayé la pneumothérapie dans plusieurs cas de mélancolie. Ils insistent sur l'intérêt diagnostique de cette méthode, qui permet un examen du liquide céphalo-rachidien et la radiographie de l'encéphale. Dans deux cas d'état dépressif simple, cette méthode a suffi pour amener la guérison. Dans deux autres cas, la pneumothérapie a paru jouer le rôle d'un sensibilisateur en favorisant l'action des autres thérapeutiques de choc.

L. R.

Pédagogie curative chez les traumatisés cérébraux. (Heilpädagogik bei Hirnverletzten), par KARL TORNOW. (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène*, 32^e année, n° 8, août 1952, p. 436-453)

La pédagogie curative des traumatisés cérébraux vise surtout à la réadaptation professionnelle et sociale, en développant les forces morales et spirituelles, et en donnant aux malades des connaissances nécessaires à leur profession. Cette méthode doit s'associer à des mesures médico-psychologiques. L'auteur envisage d'un point de vue critique les exercices d'orthopédie mentale, ainsi que la question de l'enseignement professionnel. Une collaboration étroite est nécessaire entre médecin spécialiste et pédagogue thérapeute. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Progrès réalisés à la Clinique neuro-chirurgicale de la Pitié de 1949 à 1952 dans la localisation et le dépistage des tumeurs cérébrales par l'électro-encéphalographie et l'artériographie, par D. PETIT-DUTAILLIS, H. FISCHGOLD et J. ROUGERIE. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine* séance du 8 juillet 1952).

Les auteurs montrent que les risques de l'angiographie cérébrale ne font que décroître ; cette méthode est actuellement préférable à la ventriculographie pour la plupart des tumeurs cérébrales. Sur 63 tumeurs hémisphériques étudiées par l'électro-encéphalographie et l'angiographie, 55 localisations exactes (soit 87 %) ont été obtenues, plus nombreuses pour les méningiomes que pour les gliomes. L'électro-encéphalogramme permet le diagnostic précoce des tumeurs : sur 1.074 examens de malades ambulatoires, on a dépisté huit tumeurs ; cinq de ces malades n'avaient ni déficit moteur, ni hypertension intracrânienne et étaient considérés comme des épileptiques banaux.

L. R.

Angiome occipital avec hémorragie cérébroméningée. Intervention. Guérison avec agnosie visuelle temporaire, par P. LÉCHELLE, D. PETIT-DUTAILLIS, A. THÉVENARD et R. GOUGIS. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 2 mai 1952).

Malade atteinte brusquement, fin novembre 1951, d'une céphalée atroce avec obnubilation, raideur invincible de la nuque, nystagmus, bradycardie et stase papillaire bilatérale. L'artériographie décèle un angiome occipital gauche dont l'électro-encéphalogramme avait permis de soupçonner l'existence.

Exérèse de la tumeur le 2 décembre 1951 : un hématome sous-cortical s'était développé autour de celle-ci. Une partie du lobe occipital gauche sous-cortical dut être réséquée au cours de l'intervention. Séquelles : agnosie visuelle très typique, qui persista pendant plusieurs mois et est actuellement en voie de régression, ainsi que la plupart des autres troubles : de la lecture, de l'écriture, etc.

Les auteurs mettent en relief l'intérêt de ce cas, où un diagnostic précoce permit dans de bonnes conditions, et en dépit de sa rupture, l'ablation d'un angiome occipital. Ils soulignent le caractère régressif des suites opératoires qu'on aurait pu craindre définitives.

M. Petit-Dutailis montre toute l'importance dans ce cas du diagnostic précoce, qui a permis d'éviter la ponction lombaire et les accidents d'engagement qu'elle aurait sans doute provoqués. Il insiste sur les suites opératoires faites d'un syndrome psychique d'indifférence totale et d'un syndrome de déshydratation persistant plusieurs semaines. Actuellement, les séquelles s'atténuent ; la plus remarquable, l'agnosie visuelle, persiste encore tout en s'améliorant progressivement.

L. R.

Traumatisme crano-cérébral. Paralyse des membres inférieurs pendant 4 ans 1/2. Intervention. Enorme hernie discale lombaire. Guérison, par D. FEREY et J. VALET. (*Bull. de l'Académie de chirurgie*, séance du 30 avril 1952).

Cette observation montre qu'il ne faut pas abandonner les malades dont la paraplégie n'est pas complète ou montre quelques signes de récupération.

Dans le cas particulier, l'exploration lipiodolée montra un arrêt net à la charnière L4-L5 et l'intervention permit d'extraire une très volumineuse hernie discale. Guérison.

L. R.

Traitement chirurgical des cranio-sténoses. Technique nouvelle du traitement de l'oxycéphalie, par G. DESBUCQUOIS, C. GUIOT et N. POLOUKHINE. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 22 avril 1952.)

Cas d'oxycéphalie décompensée traité avec succès par une technique chirurgicale personnelle employée dans le service de neuro-chirurgie du centre médico-chirurgical Foch. Elle consiste à créer des « côtes craniennes » articulées et maintenues cependant en place par un petit pont osseux parasagittal. Ce système décompressif de « côtes craniennes » permet au cerveau comprimé jusque-là de se développer normalement. L'expansion du crâne sous la poussée cérébrale se fait exactement comme s'il s'agissait d'une cage thoracique en inspiration. Morphologiquement, la forme du crâne se rapproche de la normale après l'intervention. Cliniquement, disparition de tous les symptômes préopératoires : céphalée, vertiges, troubles oculaires, larmoiement.

L. R.

L'hibernation artificielle en chirurgie cérébrale (note préliminaire), par G. LAZORTHES et L. CAMPAN (de Toulouse). (*La Presse médicale*, 3 mai 1952)

La méthode d'hibernation artificielle paraît avoir des indications dans le traitement, surtout préventif, des grands dérèglements neuro-végétatifs secondaires à certaines interventions majeures de chirurgie cérébrale. Mais, depuis l'apparition des médicaments ganglioplégiques dérivés du méthonium, dont l'emploi per-opératoire assure des suites simplifiées, l'hibernation semble réservée aux cas d'exceptionnelle gravité.

Dans les quatre cas rapportés, l'hibernation a contribué à l'efficacité de la cure chirurgicale. Tous les malades ont survécu à des exérèses totales et ont eu des suites simplifiées, libérées de tout dérèglement des fonctions vitales et d'une bénignité inconnue à ce jour. Quand on sait le risque des opérations portant sur la région infundibulo-tubérienne ou sur le IV^e ventricule, et les dérèglements neuro-végétatifs aigus post-opératoires, parfois irréversibles, surtout chez l'enfant, cela représente un résultat à signaler et une idée à suivre.

L. R.

Deux récents progrès en neuro-chirurgie, l'hypotension contrôlée et l'hibernation artificielle, par G. LAZORTHES et L. CAMPAN. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophthalmologie de Toulouse*, séance du 28 janvier 1952).

Les auteurs rapportent leur expérience de l'application à la neuro-chirurgie de deux méthodes nouvelles d'anesthésiologie : l'hypotension contrôlée et l'hibernation artificielle. Note préliminaire dans laquelle ils discutent de la technique, des effets et des avantages de ces méthodes et montrent que

leurs premiers résultats, portant sur une trentaine d'opérations, sont encourageants.

L. R.

Tentative d'hibernation artificielle dans un cas de tétanos « post abortum » mortel, par M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING, P. BARJON et R. MIMRAN. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 23 mai 1952).

La courte incubation (quatre jours) après les manœuvres abortives justifiait la tentative d'hibernation. Après séro-anatoxithérapie, elle fut réalisée selon la technique de Laborit en se basant sur la première expérience de Mollaret et collaborateurs dans le tétanos. La réfrigération discontinuée (entre 37° et 28°4) par vessies de glace et injection de barbituriques (sommifène notamment) furent réalisés sous couvert de ganglioplégiques (diparcol au début : 125 mgr. ; puis exclusivement 4560 R.P. : 750 mgr. au total).

L'hystérectomie, dont la légitimité est discutée par la chirurgie classique, parut devoir être tentée sous hibernation. Choc opératoire immédiat, soumis après bien des hésitations à une transfusion sanguine (400 cm³) et à des doses accrues de ganglioplégiques. La poursuite de l'hibernation, après dissipation du choc, entraîna une hypothermie stable autour de 29° pendant 15 heures ; en hypothermie survinrent des crises toniques rythmées par la respiration et cédant à l'oxygénothérapie sous masque, dont l'origine réelle (anoxique, tétanique, toxique) est difficile à affirmer. Mort à la 53^e heure du traitement par arrêt respiratoire progressif. Ont été notés : abaissement considérable du métabolisme basal (moins 60 %), hyperazotémie modérée (1 gramme), chute profonde des globulines plasmatiques (9 grammes). Une autopsie fractionnée a montré notamment l'intégrité du foie et des reins.

L. R.

Tétanos grave de l'enfant guéri après hibernation artificielle prolongée pendant 7 jours. (Présentation de malade), par M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING, P. BARJON et R. MIMRAN. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 27 juin 1952).

Tétanos généralisé grave et tardivement traité par séro-anatoxithérapie chez un enfant de 11 ans. Malgré la durée relativement favorable de l'incubation (onze jours), tournure alarmante (tachycardie, hyperthermie dépassant 40°, polypnée, crises subintrantes). Pendant huit jours consécutifs, sous 4560 R.P., la réfrigération fut maintenue autour de 34° et le relâchement musculaire entretenu par sommifère intra-veineux. La fillette en sortit avec quelques crises tétaniques résiduelles, mais surtout cachectique et psychologiquement très diminuée ; en quelques jours, elle récupéra un état mental et physique entièrement normal. Ce succès, qui a bénéficié de l'expérience acquise dans le cas malheureux entièrement rapporté par les auteurs (notamment en ce qui concerne le degré de réfrigération et les doses de 4560), incite à poursuivre l'expérience dans les tétanos graves.

L. R.

Récentes recherches sur le test du labyrinthe de Porteus et la psychochirurgie. (Recent research on the Porteus Maze Test and Psycho-surgery), par S. D. PORTEUS, (*The British Journal of medical Psychology*, 24, n° 2, 1951, p. 132-140).

L'auteur rapporte les résultats de récents travaux sur l'emploi de son test du labyrinthe en psycho-chirurgie avant et après l'opération. Les modifications intellectuelles provoquées par la lobotomie ou la topectomie peuvent être étudiées grâce à l'épreuve. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Considérations et contributions au problème de la psychochirurgie, (Considerazioni e contributi in temo di psico-chirurgia), par Sante PELLICANO. (*L'Ospedale psichiatrico*, 19^e année, fasc. 4, octobre-décembre 1951, p. 341-352).

L'auteur décrit brièvement les principales méthodes psycho-chirurgicales, se montre favorable à l'emploi de ce mode de traitement et rappelle l'intérêt de l'autohémothérapie transcérébrale ou de l'injection d'une substance inerte associée à un antibiotique.

V.-J. DURAND.

La psychochirurgie dans les instituts psychiatriques italiens (La psichochirurgia negli Istituti psichiatrici italiani), par A.-M. FIAMBERTI (de Varèse), (*Note e riviste di psichiatria*, 78^e année, n° 1, janvier-mars 1952, un extrait de 12 pages).

L'auteur donne les résultats d'une enquête sur le développement en Italie de la psychochirurgie. La leucotomie transorbitaire, imaginée par lui, est la méthode la plus souvent utilisée. Il la recommande particulièrement, en rappelle les indications, montre les précautions à prendre, la nécessité d'employer, avant d'y recourir, les autres traitements, y compris l'acétylcholinothérapie en séries suffisantes. Quelques remarques sont faites à propos de l'hypothèse de Doglioni, rapprochant le mécanisme de la leucotomie transorbitaire de celui du procédé tissulaire de Filatov. Le petit bloc de substance blanche isolé par l'intervention serait comparable à un implant.

V.-J. DURAND.

Résultats d'une enquête sur 78 interventions de psychochirurgie avec un recul opératoire d'un an, par M. DAVID, J. SAUGUET, H. HÉCAEN et J. TALAIRACH (*Revue neurologique*, tome 89, 1953, 2^e semestre, n° 1).

Intéressant bilan statistique clinique de 78 cas suivis pendant un an et donnant globalement : 18 % de guérisons ou très importantes améliorations, 16 % d'améliorations, 14 % de rémissions, 52 % d'échecs. Les auteurs donnent le détail des résultats selon la nosographie (états de dépression, états d'excitation, délires chroniques, névroses graves, en particulier névroses obsessionnelles, troubles caractériels graves d'épileptiques, schizophrénie), selon le mode d'intervention, l'âge, la durée et le mode d'évolution, le degré de détérioration intellectuelle. Ils notent l'amélioration de l'agressivité-impul-

sivité, très marquée dans 38 cas et parallèle à l'amélioration du tableau clinique. Relevant la difficulté d'apprécier de façon suffisamment précise les modifications de la personnalité consécutives à ces interventions, les auteurs concluent que dans aucun cas le déficit ne fut assez intense pour empêcher le retour à la condition sociale antérieure. Ils ajoutent que ce déficit « passe au second plan, en face de la suppression des troubles névrotiques ou psychotiques ayant fait poser l'indication de l'intervention ».

L. R.

Corrélation des résultats de la lobotomie d'après les types réactionnels de base, par O. JOHNSON et R. EHRENBERG. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 11, mai 1952, p. 817).

D'après les travaux concernant les résultats des lobotomies, le classement des malades, suivant l'importance de leurs réactions émotives, révèle une corrélation nette entre cette réaction de base et le pourcentage des guérisons, tant au point de vue clinique qu'au point de vue social. C'est ainsi que les schizophrènes désintégrés répondent mal à l'intervention, tandis que le pronostic est favorable pour les sujets considérés comme « intégrés ». La rapidité de la guérison après la lobotomie est aussi en corrélation avec la gravité de la maladie mentale. Elle n'a aucun rapport avec la longueur de l'affection avant l'opération.

Les auteurs ont précisé, chez 71 malades, avant qu'ils soient lobotomisés, les éléments réactionnels de base et les ont divisés en deux groupes. La durée de leur hospitalisation était en moyenne de 9,4 ans. Le premier groupe comprend les états suivants : anxiété, dépression, condition paranoïde (?), schizophrénie avec conservation de l'émotivité. Le deuxième groupe comprend : schizophrénies paranoïde, catatonique, hébéphrénique, et les formes schizophréniques chroniques inclassables. Les auteurs notent que 82 % des sujets du premier groupe ont pu quitter l'hôpital, il n'y en eut que 8 % du deuxième groupe. En résumé, sur 71 sujets lobotomisés, 30 % ont été guéris complètement, 13 % ont été améliorés, 27 % ont été peu améliorés ; 9 % ont été aggravés.

L'apparente guérison d'une psychose après la lobotomie ne signifie pas le retour du sujet à son état mental avant qu'il ne tombe malade. Il persiste une modification dans le comportement social dont l'importance est en rapport avec la sévérité de la maladie mentale avant l'opération. Les troubles de la personnalité qui persistent sont conditionnés par les lésions opératoires du lobe frontal.

L. MARCHAND.

Lobotomie transorbitaire. Le problème de l'épaisseur de la voûte orbitaire, par W. FRIEMAN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 11, mai 1952, p. 825).

L'auteur a fait construire un orbitoclaste en acier de 23 centimètres de longueur, portant 13 divisions d'un centimètre et une poignée de 10 centimètres ; il a un diamètre de 8 millimètres. Il ne peut, ni se courber, ni se casser. On ne l'emploie que si on n'a pu transpercer la voûte orbitaire avec le leucotome transorbitaire. La technique de l'opération est à la portée du neuro-

psychiatre. L'anesthésie est obtenue par un à six électrochocs faits à deux minutes d'intervalle. Des détails sont donnés sur la direction de l'instrument, sur l'endroit de sa pénétration transorbitaire, sur la longueur en centimètres de l'orbitoclaste qui doit pénétrer dans le lobe frontal, sur les mouvements qu'on doit lui imprimer pour sectionner les radiations thalamo-frontales (cinq figures illustrent le texte). Comme complications, l'auteur cite l'hémorragie intraventriculaire qui n'aurait aucune gravité, l'œdème des paupières, la rhinorrhée céphalo-rachidienne ; 70 sujets ont été opérés avec l'orbitoclaste qui ne doit pas être utilisé si la voûte orbitaire est mince à cause de la production possible d'une fracture étendue.

L. MARCHAND.

Étude portant sur les investigations de neuf années de lobotomie, par M. GREENBLATT et H. C. SOLOMON. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 1, octobre 1952, p. 262).

Il ressort nettement que la lobotomie bimédiale est supérieure à la lobotomie bilatérale ou unilatérale dans le traitement des maladies mentales chroniques. La réduction de l'anxiété, de la tension, de l'hostilité, de l'impulsivité, est frappante ; l'amélioration de l'initiative et de la capacité d'avoir des relations, l'augmentation de se livrer au travail, la réduction des symptômes psychotiques sont les résultats les plus remarquables et les plus importants. Par rapport aux tendances à se grouper, les malades qui subirent la lobotomie bimédiale sont plus intéressés aux rapports interpersonnels, plus sensibles aux besoins de vivre en société, plus productifs et organisés dans leurs activités que les malades qui ont subi la lobotomie bilatérale ou unilatérale. Leurs capacités d'abstraction précisées au moyen de tests psychologiques est augmentée. La morbidité post-opératoire et les complications ne sont pas bilatérales. Les auteurs ont remplacé la lobotomie bilatérale par la lobotomie bimédiale dans le traitement des maladies mentales chroniques.

L. MARCHAND.

Position de la leucotomie transorbitaire en psychochirurgie, par A.-M. FIAMBERTI (de Varèse). (*Annali di neurologia*, mars-avril 1952, p. 177-190).

Dans une conférence prononcée à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale, du professeur Delay, l'auteur rappelle la technique, les indications, les résultats de la leucotomie transorbitaire imaginée par lui dès 1937. Il montre l'intérêt de cette méthode en thérapeutique psychiatrique, en indique l'innocuité (mortalité 0,83 % pour un ensemble de 361 cas), en rapporte quelques observations probantes.

V.-J. DURAND.

Leucotomie préfrontale transorbitaire. (Leucotomia prefrontale transorbitaria), par Mario LA LOGGIA (d'Agrigente). (*Il Cervello*, 28^e année, n° 3, 15 mai 1952, p. 216-219).

Chez vingt malades chroniques (schizophrènes délirants, hallucinés, déprimés et anxieux), la leucotomie préfrontale transorbitaire, suivant la technique de Fiamberti, a donné des améliorations post-opératoires certaines. Mais, dans tous les cas, les symptômes réapparurent dans un délai de un mois

à six mois. Il pourrait être indiqué de répéter l'intervention et surtout de pratiquer un essai de leucotomie chimique à la novocaïne pour apprécier la réactivité du malade.

V.-J. DURAND.

Un cas d'anorexie mentale traitée avec succès par la leucotomie, par Peter E. SIFNEOS. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 5, novembre 1952, p. 356).

L'affection durait depuis sept ans, quand la malade, alors âgée de 19 ans, fut hospitalisée. Elle était en danger de mort par suite de son refus volontaire de nourriture. Elle avait été traitée antérieurement par électro-chocs, par comas insuliniques et par psychothérapie. Sa perte de poids était considérable et elle était atteinte d'aménorrhée. Une leucotomie frontale droite unilatérale fut tentée. Elle consista en l'ablation d'une partie du cortex médian au niveau de l'extrémité antérieure du ventricule latéral. (Il s'agit en fait d'une topectomie). On ne nota aucune lésion histologique dans le cortex enlevé. Rapidement, la malade guérit ; son poids augmenta, la tension émotive se dissipa ; elle reprit contact avec la société ; son quotient intellectuel augmenta de 16 points ; ses manières disgracieuses et son comportement masculin (elle portait auparavant des habits d'homme) disparurent. Avant l'opération, on constatait une hypoactivité de l'hormone adrénalinique régulatrice du sucre ; après l'opération, cette anomalie physiologique ne fut plus constatée. Tout en reconnaissant le succès obtenu, l'auteur croit qu'une telle opération ne doit être pratiquée qu'après échec de toutes les autres méthodes thérapeutiques ; la topectomie doit être aussi limitée que possible.

L. MARCHAND.

Action de la psychothérapie après topectomie chez des malades atteints de schizophrénie pseudo-névrotique, par J. P. CATTELL. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 6, décembre 1952, p. 450).

Sous le terme « pseudo-névrotique », l'auteur comprend des malades atteints d'obsessions, de phobies, d'anxiété, d'idées hypocondriaques, de syndrome hystérique avec dépression secondaire. Vingt sujets pseudo-névrotiques, incapables de se livrer à une vie quelque peu compliquée, ont été topectomisés. La durée de la maladie variait de 4 à 45 ans. Pendant les premiers mois qui suivirent l'opération, les malades présentèrent de l'inertie, des troubles de la mémoire, de l'indifférence. Dès cette période, la psychothérapie put avoir une action, car les sujets étaient plus suggestibles qu'avant l'opération. Du troisième au cinquième mois, la spontanéité, l'attention et la mémoire étaient revenues ce qu'elles étaient avant l'opération et les malades étaient capables de considérer leur situation. La psychothérapie fut surtout profitable chez ceux dont les troubles mentaux étaient réduits ou guéris et elle ressembla à celle que l'on emploie avec les enfants. Si l'on observe les modifications mentales survenues depuis le jour de l'opération jusqu'à la période de stabilisation, on doit reconnaître que, sous l'influence de la topectomie, l'action favorable de la psychothérapie devint relativement rapide.

L. MARCHAND.

Les élargissements du champ visuel périphérique après cisternographies dans les arachnoïdites optochiasmatiques post-traumatiques, par P. PAGÈS et R. CAZABAN. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 23 mai 1952).

Observation d'arachnoïdite opto-chiasmatique post-traumatique avec diminution de l'acuité visuelle centrale et rétrécissement concentrique du champ visuel à 15°. Une cisternographie agrandit le champ visuel à 35° des deux yeux avec récupération d'une vision centrale de 2/10 et 5/10. Le malade, revu deux mois après, présente un nouveau rétrécissement concentrique à 12°. Une nouvelle cisternographie affirme la perméabilité des citernes et le champ visuel périphérique revient à 35°. Cet état contrôlé à plusieurs reprises persiste depuis plusieurs mois. Cette technique est comparable aux améliorations de l'acuité visuelle dans les arachnoïdites opto-chiasmatiques par pneumo-encéphalographie lombaire, avec moins d'inconvénients pour le malade.

L. R.

Intérêt de la cisternographie gazeuse dans la conduite du traitement des méningites bacillaires de l'enfant, par J. CHAPTAL, Cl. GROS, D. BRUNEL, R. JEAN, R. LABAUGE et Cl. BÉCHARD. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 8 février 1952).

Au cours des premiers mois de traitement, la mise en évidence d'un blocage basal permet d'affirmer l'évolution des lésions bacillaires dans la citerne interpedonculaire et opto-chiasmatique. Au moment où ont rétrocedé les altérations du liquide céphalo-rachidien, la présence d'un blocage basal traduit la réalisation d'une arachnoïdite fibreuse cicatricielle, parfois développée autour d'un foyer non stérilisé. Au cours des rechutes, la constatation d'un blocage basal, point de départ de la nouvelle diffusion, est presque constante. La mise en évidence d'un blocage permet de discuter l'opportunité de l'irrigation streptomycinique de la base, par mise en place d'une sonde en nylon. Cette thérapeutique s'impose au cours de l'évolution ou au début des rechutes ; elle est d'une indication plus nuancée, si le liquide céphalo-rachidien est déjà normalisé.

L. R.

La place actuelle de la neuro-chirurgie dans le traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant, par Cl. GROS, R. LABAUGE, J.-M. ENJALBERT. (*Bull. de la Société de pédiatrie de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 25 novembre 1951).

A propos de deux cas récemment traités par irrigations cisternales, dont l'un avec succès (sondes maintenues pendant cinq mois), les auteurs discutent du rôle de la neuro-chirurgie dans le traitement de la méningite tuberculeuse. Seules les irrigations leur paraissent à retenir. Le problème le plus difficile à résoudre est celui du *choix du moment opératoire*. L'intervention trop tardive est illusoire ; trop précoce, elle peut être, alors, entreprise chez des enfants qui auraient pu guérir par le traitement médical. Ni trop précoce, ni trop tardive, l'intervention doit être dirigée par un faisceau

symptomatique : clinique (hypertension intra-cranienne, petits signes végétatifs de début) ; électrique (bouffées sinusoidales postérieures, récemment individualisées par M. J. Chaptal, et ses collaborateurs) ; radiologique (cisternographies répétées).

L. R.

Chirurgie du sympathique dans les affections vasculaires du cerveau, par A. RODRIGUEZ-ARIAS et Zamorano ESTAPÉ (de Barcelone). (*La Presse médicale*, 5 novembre 1952).

Examinant d'abord la position physio-pathologique des maladies vasculaires du cerveau, les auteurs estiment que le spasme en est un élément essentiel et qu'il existe dans une partie de la zone cérébrale affectée une ischémie assez relative pour permettre la survie de la cellule nerveuse. Lorsque la circulation y est améliorée, le fonctionnement cérébral peut reprendre. Ils étudient les conditions du rétablissement circulatoire en fonction du point d'oblitération et de son étendue.

Ils examinent, ensuite, à l'aide de 28 observations, les résultats obtenus par le blocage stellaire ou par la stellectomie suivant les idées développées en 1936 par Leriche et Fontaine. Chez des malades opérés d'hypertension et gardant des séquelles d'encéphalopathie hypertensive, le blocage stellaire a donné toute satisfaction : l'aphasie sensorielle et l'aphasie motrice s'améliorent rapidement ; la dysarthrie peut disparaître complètement.

Dans la thrombose et l'embolie, les auteurs ont eu également de bons résultats parfois consolidés par des stellectomies. Des cas tout d'abord regardés comme des échecs se sont considérablement améliorés au bout de quelques mois.

Les cas d'hémorragie cérébrale sont moins favorables parce que la destruction cérébrale y est plus étendue.

L. R.

L'intervention systématique dans les paraplégies du mal de Pott chez l'enfant et l'adolescent, par P. LOMBARD et P. DESCUNS (d'Alger). (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 17 juin 1953).

Observation d'une jeune fille de 20 ans, ayant un mal de Pott dorsal supérieur traité par greffe, qui présenta ensuite une paraplégie complète. Au bout de deux ans, la malade fut soumise à la streptomycine pendant cinq mois sans résultats ; puis résection d'un abcès intra-rachidien et toilette du foyer vertébral. Amélioration rapide. Huit mois après l'opération, la malade reprit une vie normale. Elle reste guérie depuis trois ans, mais il persiste une petite fistule qui, grâce aux antibiotiques, n'a pas donné lieu aux infections secondaires jadis redoutables.

L. R.

La technique de Love dans la résection des hernies du nucleus pulposus. (La tecnica de Love en la reseccion de las hernias del nucleo pulposus), par Francisco ALAYZA ESCARDO et Eliseo MONTEAGUDO. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 14, n° 4, décembre 1951, p. 532-538).

Les auteurs décrivent la technique de Love de résection partielle de la lame vertébrale. Apportant de légères modifications au procédé primitif, ils

ont employé l'opération dans 45 cas de hernies du nucléus pulposus à la région lombaire. Les résultats ont été excellents. Schémas. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La trachéotomie dans la poliomyélite antérieure aiguë, par P. PONCET (*Le bulletin médical*, 15 janvier 1954).

Si les troubles respiratoires de la poliomyélite sont souvent d'origine bulbaire, centrale, c'est dans d'autres cas l'atteinte périphérique des mécanismes de la respiration et de la déglutition qui est responsable des troubles respiratoires et cardio-vasculaires. Après une étude des différentes causes d'asphyxie dans la poliomyélite, l'auteur s'attache à préciser les indications et la technique de la trachéotomie en insistant sur la nécessité d'une intervention précoce et qui, pratiquée par un opérateur bien entraîné, n'est pas dangereuse. Il reste à définir les indications exactes de la trachéotomie prophylactique, qui tend à prendre, à côté du poumon d'acier, une place importante dans le traitement des troubles respiratoires de la poliomyélite.

R. C.

A propos de quelques paradoxes apparents de chirurgie nerveuse périphérique, par CARAYON et BEZÈS. (*Bull. de l'Académie de chirurgie*, séance du 28 mai 1952).

Au cours d'une vaste expérience de 250 cas de plaies des nerfs périphériques, les auteurs ont pu noter, dans un assez grand nombre de cas, une discordance entre les syndromes cliniques observés et les lésions anatomiques. Ils ont notamment relevé sept cas de section nerveuse vérifiée opératoirement, qui ne s'accompagnaient que d'un minimum de signes cliniques. Ces faits, qui enlèvent toute valeur aux cas publiés antérieurement de récupérations fonctionnelles immédiates après réparation nerveuse sont sous la dépendance d'anomalies anatomiques.

L. R.

Elongation et manipulations vertébrales dans les affections douloureuses du rachis, par Ch. ROCHER (de Bordeaux). (*Le monde médical*, n° 976, juillet-août 1952, p. 117-122).

Se basant sur 600 observations personnelles, l'auteur décrit d'abord le procédé d'élongation du rachis, en utilisant un appareil mécanique et n'employant jamais de tractions supérieures à 60 kg. sur le rachis dorso-lombaire et 40 kg. sur la colonne cervicale. Les manipulations vertébrales sont ensuite envisagées. Puis sont précisées les indications de la vertébrothérapie, ses résultats ainsi que les possibles mécanismes d'action.

V.-J. DURAND.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 mars 1954*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 mars 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 avril 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 10 mai 1954*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 mai 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Légion d'honneur

Est promu au grade d'*Officier de la Légion d'honneur* :

M. le D^r Paul ABÉLY, médecin-chef à l'hôpital Sainte-Anne, à Paris, vice-président de la Société médico-psychologique.

Est nommé au grade de *Chevalier de la Légion d'honneur* :

M. le D^r Paul GUYOT, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bégard (Côtes-du-Nord), membre correspondant national de la Société médico-psychologique.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le Dr Maurice CAPELLE, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

Légion d'honneur

Est nommé *Chevalier de la Légion d'honneur* :

M. le Dr Aimé PERRET, médecin-directeur de l'hôpital Marchand, à Toulouse (Haute-Garonne).

Nominations

M. le Dr Henri CÉNAC-THALY est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique d'Evreux (Eure) ;

Mlle le Dr Nicole VERNET est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Saint-Ylie (Jura).

Concours pour une place de médecin assistant au Service de neurochirurgie du Centre psychiatrique Saint-Anne.

Un *concours sur titres* pour le recrutement d'un *médecin assistant* au *service de neurochirurgie* du centre psychiatrique Sainte-Anne sera ouvert le 5 avril 1954.

Les *inscriptions* seront reçues jusqu'au 20 mars, à la direction des affaires sociales, 9, place de l'Hôtel-de-Ville (sous-direction des établissements hospitaliers et charitables, 1^{er} bureau, porte 209), de 16 à 18 heures, samedis après-midi, dimanches et fêtes exceptés.

Concours pour une place de médecin assistant à la Maison de santé de l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Un *concours sur titres* pour le recrutement d'un *médecin assistant* à mi-temps sera ouvert le 27 avril 1954.

Les *inscriptions* seront reçues jusqu'au 27 mars inclusivement, à la direction des affaires sociales, 9, place de l'Hôtel-de-Ville (sous-direction des établissements hospitaliers et charitables), de 16 à 18 heures, samedis après-midi, dimanches et fêtes exceptés.

SOCIÉTÉS

Cercle viennois d'études de psychologie profonde

Le *Cercle viennois d'études de psychologie profonde* (Wiener Arbeitskreis für Tiefenpsychologie) organise à *Bruxelles*, du 27 avril au 1^{er} mai 1954, un *Colloque sur la psychologie de la personne*, qui réunira trente psychiatres, psychanalystes et psychologues de neuf pays européens.

Les réunions ne sont pas publiques.

Secrétariat du Cercle d'études : 45 Lainzer Strasse, Vienne (XIII^e).

Secrétariat pendant le Colloque : 24, avenue Marnix, Bruxelles.

JOURNAUX ET REVUES

Bulletin officiel de la Fédération des Sociétés d'électro-encéphalographie et de neuro-physiologie clinique.

Les Sociétés d'électro-encéphalographie du monde entier se sont groupées en une *Fédération internationale*. L'organe officiel de cette Fédération, dont le premier numéro de 1954 est sous presse, est un journal de 150 pages environ, paraissant quatre fois par an et dont le titre est « *E.E.G. and Clinical Neurophysiology* ». Il est édité directement par la Fédération en deux langues (anglaise et française) et constitue un document indispensable, non seulement pour ceux qui pratiquent l'électro-encéphalographie, mais aussi pour ceux qui sont appelés à utiliser les données de l'électro-encéphalographie en clinique et qui désirent des références sûres.

Le secrétaire général de la Fédération internationale est le D^r H. GASTAUT, le D^r H. FISCHGOLD étant le secrétaire général de la Société d'électro-encéphalographie et des sciences connexes de langue française.

Pour les abonnements, s'adresser au D^r VERDEAUX, 6, rue de Villersexel, Paris, VII^e.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés par l'Académie de médecine en 1953.

Parmi les prix décernés par l'Académie de médecine, à la suite du concours de 1953, signalons :

Prix de l'Académie : à Mme le D^r LAIRY-BOUNES, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Signes électro-encéphalographiques des tumeurs des hémisphères cérébraux*.

Prix du Baron Barbier : à Mme le D^r CARTIER, de Paris, pour sa *Contribution à l'étude des hyperalbuminoses du liquide céphalo-rachidien au cours des méningites tuberculeuses*.

Fondation Day : Les arrérages de cette fondation sont attribués à M. le D^r DAVOST, de Rennes, pour son travail intitulé : *Intérêt des épreuves psychomotrices dans la conduite du traitement de l'alcoolisme*.

Prix Falret : à M. le D^r JOB, de Paris, pour sa *Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien dans la poliomyélite*.

Prix Théodore Herpin (de Genève) : à M. le D^r MOREIGNE, de Toulon, pour sa *Contribution à l'étude de l'épileptoidie*.

Prix Le Piez : à M. le D^r VAGUE, de Marseille, pour son travail sur : *La différenciation sexuelle humaine. Ses incidences en pathologie*.

Prix du Baron Portal : à M. le D^r ATTAB, de Paris, pour son travail intitulé : *Mycoses cérébro-méningées*.

Prix proposés par l'Académie pour l'année 1955.

Les concours seront clos fin février 1955.

D'une longue liste de prix à décerner par l'Académie en 1955, signalons ici quelques-uns de ceux pouvant intéresser, à divers titres, les auteurs de tra-

vaux neuro-psychiatriques. Seuls les prix donnent droit au titre de « lauréat de l'Académie de médecine » ; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Prix de l'Académie (10.000 francs). — anonymat facultatif. — question posée : « L'épilepsie de Brown-Séquard : état actuel de la question ».

Prix Hélène Achard (2.800 francs). — destiné à encourager, faciliter et récompenser des œuvres ou des recherches intéressant la médecine et accomplies par des femmes.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (1.700 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur mémoire sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Apostoli (3.000 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur ouvrage fait dans l'année sur l'électrothérapie.

Prix du Baron Barbier (4.000 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues jusqu'à présent incurables comme l'épilepsie....., etc.

Prix Bergonié (2.000 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé paru dans les deux années précédentes et ayant trait à l'électrologie médicale.

Prix Henri Bordier (2.000 francs). — au meilleur travail sur les applications physiologiques ou thérapeutiques des courants de haute fréquence à ondes longues ou à ondes courtes.

Prix Bouchet-Renault (6.000 francs). — anonymat facultatif. — destiné à récompenser le dévouement féminin aux malades.

Prix Henri Buignet (2.400 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur travail français sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Prix Adrien Buisson (20.000 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur des découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues incurables dans l'état actuel de la science.

Prix du Dr Burgkly (Fondation Bailly-Burgkly) (1.200 francs). — destiné à récompenser les meilleurs travaux sur l'histoire de la médecine.

Prix Ciriéux (2.500 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse.

Prix Clarens (650 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur travail sur l'hygiène.

Prix du XIII^e Congrès international de médecine de Paris de 1900 (Fondation Lannelongue) (12.000 francs). — à un savant ou à un docteur, faisant ou non partie de l'Académie, pour l'aider dans ses recherches dans le domaine des sciences médico-chirurgicales.

Prix du Conseil général de la Seine (50.000 francs). — pour encourager, faciliter ou récompenser tout travail ou toute recherche jugée digne par l'Académie.

Prix Crapez (8.000 francs). — pour récompenser des travaux faits pour « l'étude de la guérison des maladies ».

Prix Falret (3.600 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur les maladies mentales et nerveuses.

Prix Gaston Fournier (7.000 francs). — au meilleur ouvrage sur la médecine du travail.

Prix Jacques Guéréty (1.250 francs). — à des travaux ne s'appuyant que sur des observations puisées dans la clinique humaine, sans aucune vivisection ou expérience sur les animaux.

Prix du Dr Guillaumet (2.600 francs). — anonymat interdit. — au meilleur travail original relatif à l'hygiène de l'enfance.

Prix Catherine Hadot (Epouse Barillier) (12.000 francs). — aux meilleurs ouvrages français sur les maladies ci-après et leur traitement ou guérison : ; 2° épilepsie....., etc...

Prix Théodore Herpin (de Genève) (4.000 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Jansen (dix parts de 15.000 francs). — destinées à encourager, faciliter et récompenser des travaux scientifiques d'intérêt médical.

Prix du Baron Larrey (860 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Le Piez (3.500 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur mémoire sur un sujet de médecine ou de chirurgie.

Prix Henri Lorquet (550 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Louis (8.500 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur l'action des agents thérapeutiques employés.

Prix De Martignoni (4.000 francs). — à des travaux portant sur l'histoire de la médecine.

Prix Gustave Mesureur (3.200 francs). — anonymat facultatif. — à des travaux susceptibles de prolonger l'existence humaine.

Prix du Dr Gustave Ollive (de Nantes) (4.200 francs). — destiné à reconnaître ou faciliter le travail scientifique.

Prix Pannetier (6.000 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur d'une découverte en médecine ou en chirurgie ou à toute personne qui se sera distinguée dans l'application des découvertes récentes.

Prix du Baron Portal (2.800 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur l'anatomie pathologique.

Prix Vernois (1.000 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix de la Ville de Paris (100.000 francs). — pour encourager, faciliter ou récompenser tout travail ou toute recherche jugée digne par l'Académie.

La liste complète des prix à décerner en 1955 par l'Académie figure dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, tome 137, nos 38 et 39, décembre 1953.

UNIVERSITÉ DE BERNE

Faculté de médecine

M. le Dr Max MÜLLER, directeur de la clinique psychiatrique de Münsingen, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Berne et directeur de la clinique Waldau.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1954 (1^{er} trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706

Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 85.862. — 1954.

C.O.A.L. 31.2330.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA CATAPLEXIE ET LA PATHOLOGIE DE L'ÉMOTION

PAR

A. FERNANDEZ, MALRIEU et M. RISER (1)

Le fondement de la physiopathologie de la cataplexie réside dans l'étude de ses rapports avec l'émotion. C'est dans cette voie que la cataplexie pourra trouver une explication cohérente et apportera en même temps des éléments intéressants pour la compréhension de l'émotion elle-même. Nous essaierons donc d'envisager cataplexie et émotion dans le cadre de la personnalité globale du cataplectique, partant du principe qu'on ne peut donner d'explication valable à un fait isolé de l'ensemble dont il fait partie. L'accès cataplectique nous apparaît, en effet, comme une forme particulière de réaction du sujet cataplectique.

Sans reprendre en détail la description clinique de l'accès cataplectique (2), nous en rappellerons les traits essentiels en précisant, à l'aide de quelques observations, les points nécessaires à

(1) Travail de la Clinique neurologique de la Faculté de médecine (Professeur M. Riser) et de la Chaire de psychologie de la Faculté des lettres (Professeur Malrieu), Toulouse.

(2) Voir pour plus de détails : FERNANDEZ Adolfo : La cataplexie. Contribution à l'étude psycho-physiologique de l'émotion (*Thèse*, Toulouse, juillet 1952).

l'intelligence de sa physiopathologie et des connexions avec la pathologie de l'émotion ; c'est ce dernier problème, en effet, que nous envisagerons plus particulièrement dans ce travail.

I. — Aperçu clinique de l'accès cataplectique

La cataplexie est caractérisée par l'inhibition générale ou partielle du tonus d'attitude, allant parfois jusqu'à la perturbation pyramidale. *La conscience est toujours entièrement conservée.* La plupart des accès cataplectiques sont en relation avec une vibration émotive.

C'est l'émotion joyeuse qui joue le rôle prépondérant, le rire surtout, mais les émotions pénibles, la colère, la peur peuvent aussi précéder la crise. Lhermitte a insisté sur l'élément de surprise, de soudaineté, d'imprévu des manifestations émotives. En réalité, une multitude d'événements peut jouer un rôle déclenchant. Il s'agit, presque toujours, d'une expérience émotive ou de la représentation mentale d'un comportement émotif. Mais, d'autres fois, le chatouillement, la toux ou même une circonstance sans caractère affectif peuvent déterminer la crise. Certains cataplectiques ont leurs crises au repos (debout ou assis), sans cause apparente. Strauss déclenche les crises chez un sujet en provoquant le réflexe horripilatoire. C'est une observation unique, et Redlich a toujours échoué dans ses tentatives de reproduction expérimentale des accès cataplectiques.

Généralement, en même temps qu'il sent venir sa crise, le sujet s'effondre. Dans quelques rares cas, il a été signalé de petits signes précurseurs de la crise, sorte d'aura : de petits mouvements involontaires de mâchonnement, de clignotement, des sensations de chaleur montante, de constriction, de fatigue intense, une impression d'anéantissement. Dans les cas où le malade sent venir la crise, il peut essayer de bloquer son déroulement par une contraction musculaire énergique, par exemple.

L'inhibition du tonus de posture peut être générale ou partielle, d'où deux types d'accès cataplectiques.

A) DANS LES GRANDS ACCÈS CATAPLECTIQUES, la chute est rapide et progressive. L'onde de dissolution du tonus envahit successivement les masses musculaires : la mâchoire inférieure s'abaisse, ainsi que les paupières, la tête s'incline en avant, menton contre la poitrine, les bras tombent le long du corps, les mains laissent échapper les objets, les genoux plient, les jambes se dérobent. Le malade s'effondre à terre s'il est debout ou, s'il est assis, il s'in-

cline en avant pour glisser à terre, à moins d'être retenu par quelque objet. Le malade est alors comme paralysé ; il ne peut faire le moindre mouvement, il ne peut parler. Mais parfois des mouvements involontaires se produisent et même, plus rarement, de petits actes volontaires de libération sont possibles. La continence des sphincters est de règle. Au cours de l'accès, l'hypotonie musculaire est généralisée, avec flaccidité totale des quatre membres ; les réactions pupillaires sont atténuées, mais conservées, les réflexes tendineux sont abolis ou diminués et il y a fréquemment un signe de Babinski fugace. Dans le grand accès cataplectique, il y a donc une dissolution complète du tonus de posture (« atonie » pour Tomner), auquel vient s'ajouter une inhibition complète, mais passagère, de la motilité volontaire (« adynamie » pour Rosenthal et Verger).

Il y a, en plus, au cours de l'accès, une élévation du tonus parasympathique avec phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires.

La conscience reste entière pendant toute la durée de la crise. La conservation des souvenirs est intégrale. D'ailleurs, les impressions ressenties peuvent influencer sur la durée de la crise en augmentant le tonus émotif et ont souvent un retentissement anxieux.

La durée de l'accès va de quelques secondes à deux ou trois minutes, plus rarement cinq à dix minutes. *Le retour à la normale est instantané* : récupération brusque de toutes les fonctions. Les crises peuvent survenir n'importe où et n'importe quand ; leur rythme est des plus capricieux. Tantôt il faut une forte émotion, tantôt la moindre vibration émotive est suffisante, l'importance de la crise étant indépendante de l'importance de l'émotion. Wilson a rapporté un cas d'état de mal cataplectique ; il s'agit là d'une éventualité très rare.

B) LES ACCÈS DE CATAPLEXIE PARTIELLE ou « formes larvaires » (Levin) sont caractérisés par une dissolution du tonus de posture qui reste limitée à un petit groupe de muscles. On peut voir un ou plusieurs éléments isolés de la grande crise de cataplexie : flexion de la tête en avant, chute des paupières, chute de la mâchoire, abaissement d'un bras levé, fléchissement des genoux n'allant pas jusqu'à la chute, inclination du corps en avant comme une révérence. Parfois simple sensation globale de faiblesse musculaire avec petit dérochement des jambes ; immobilisation brusque, malade figé à la suite d'une émotion ; sensations de fatigue extrême avec impression d'anéantissement.

C'est à propos de ces formes partielles et larvées que se pose

la question des rapports entre l'attaque cataplectique et « l'inhibition tonique affective normale » de L. van Bogaert. Nous verrons ce qu'il faut en penser.

C) AUTRES FORMES CLINIQUES DE LA CATAPLEXIE.

a) *Cataplexie spontanée et cataplexie réactionnelle* ainsi différenciées par Wilder. La cataplexie spontanée survenant sans cause immédiate serait facilement réversible et généralement longue, on peut l'assimiler au sommeil corporel. *La cataplexie réactionnelle d'origine émotionnelle est courte, mais irréversible : ce serait la véritable cataplexie.* Cette différence ne semble pas nettement fondée, la durée et la réversibilité n'étant pas des critères constants de ces deux sortes d'accès.

b) *Cataplexie du réveil et de l'endormissement.* On désigne par cataplexie du réveil les accès survenant à la phase hypnotique lorsque le sujet, déjà réveillé, ayant repris conscience, ne peut exécuter le moindre mouvement. C'est la forme qui se rapproche le plus du sommeil corporel, ainsi que dans la cataplexie de l'endormissement où le sommeil somatique précède le sommeil psychique.

c) *Syndrome de Gélineau* ou association des crises de cataplexie et de narcolepsie. C'est la forme qu'on trouve le plus fréquemment. Il existe cependant des cataplexies pures (sans jamais de manifestations narcoleptiques).

Voici trois observations qui nous aideront à préciser ces données cliniques.

OBSERVATION N° 1. — M. H..., 29 ans. Peintre en bâtiment. Antécédents personnels sans particularité pathologique.

En février 1949, début des *crises de narcolepsie* : somnolence après les repas de midi et du soir. Réveil spontané calme avec réintégration lente dans l'ambiance. Le réveil provoqué déclenche humeur coléreuse et agressivité. Aggravation de la durée et du nombre des crises quatre mois plus tard.

A ce moment-là (juin 1949) apparition de *crises de cataplexie* sous trois formes :

— Accès complets, déclenchés par une émotion franche, joyeuse ou désagréable ; — cataplexie du réveil ; — accès partiels à la suite d'une vibration émotive.

a) *L'accès cataplectique total* survient à la suite d'une émotion soudaine avec effet de surprise. Un jour qu'il travaillait sur une échelle, à l'arrivée d'un ami qu'il n'avait pas vu depuis fort longtemps, notre sujet lâche tout ce qu'il tenait dans les mains et tombe sur le sol. A

l'émotion joyeuse, céphalée intense à type de pression violente sur le crâne, il sent les jambes fléchir et, les bras ballants, il s'écroule d'un seul bloc. Il reste immobile sur le sol, sans pouvoir exécuter le moindre mouvement, sans parler, mais il voit, il entend, il comprend. La conscience reste entière. La crise dure à peu près une minute. Au réveil, « il remue la tête comme s'il se dégagait de quelque chose ». Après la crise, sueurs et légère céphalée pendant quelques minutes, mais récupération musculaire immédiate.

En jouant aux cartes, quand il lève un beau jeu, le contentement provoque une inhibition du tonus et le sujet glisse de la chaise sans pouvoir continuer.

La colère, l'irritation déclenchent la même crise. Quand un camarade le taquine ou le contrarie, quand il doit corriger son neveu, au moment de lui donner une claque, le malade sent ses jambes fléchir et la chute s'ensuit s'il ne peut s'accrocher à rien.

b) *Les crises partielles* surviennent à la moindre émotion. Le sujet a une sensibilité accusée ; il fait écho à tous les stimuli, joyeux ou tristes. Après le rire et lorsqu'il est content pour n'importe quoi, il sent les forces diminuer. Amateur de foot-ball, il ne peut plus jouer, car dès qu'il se présente une belle occasion de marquer ou de faire un coup d'éclat, la joie ressentie le fait chanceler, les jambes fléchissent et l'écroulement survient s'il ne s'arrête pas. Surpris en train de fumer dans le service (où il y a interdiction), il accuse un fléchissement sur les genoux, mais se relève aussitôt.

c) *La cataplexie du réveil* survient surtout à la fin des crises de narcolepsie. Le malade reste figé pendant quelques instants, les yeux ouverts ; il ne peut pas parler, mais il peut remuer les mains. Si on l'aide à se relever, tout passe.

En août 1949, l'examen somatique est négatif. Le traitement au maxiton, un comprimé le matin et un comprimé à midi, amène une diminution des crises de narcolepsie, mais aucune modification des crises de cataplexie. A ce moment-là, angine érythémato-pultacée, avec forte température, traitée par sulfamides. Pendant la durée de l'épisode angineux et les quinze jours suivants, aucune manifestation cataplectique.

Le malade entre au Service de neurologie en septembre 1949. Examen somatique toujours sans particularité, sauf otite chronique banale, perforation tympanique du côté gauche avec otorrhée. Champ visuel et fond d'œil normaux. Acuité visuelle : œil droit, gauche, 10/10. A la radio, selle turque de dimensions normales sans classification ni supra ni intrasellaire. Examens de laboratoires normaux :

— Urines normales quantitativement et qualitativement. Urée sanguine : 0 gr. 20 %. Sérologie sanguine négative. Liquide céphalo-rachidien : 1,2 lymphocytes, 0,3 polynucléaires. Bordet-Wassermann négatif. Benjoin colloïdal normal. Albumine 0 gr. 30 %. Chlorure 6 gr. 85 %.

— Glycémie de base : 0 gr. 84 %. Epreuve d'hyperglycémie provoquée : après 1 heure : 0 gr. 85 ; après 2 heures : 1 gr. 45 ; après 2 h. 1/2 : 1 gr. 30 ; après 3 heures : 1 gr. 25 ; après 3 h. 1/2 : 1 gr. 20.

— Electroencéphalogramme normal.

— Réflexe oculo-cardiaque indifférent. Pouls non modifié ou légèrement accéléré (74 à 76).

Le malade est mis à l'ortédrine : quatre à cinq comprimés par jour. Avec ce traitement, disparition des crises de narcolepsie et de cataplexie pendant un mois. Puis, un jour qu'il avait oublié de prendre la médication, le malade présente *une crise de cataplexie au moment de l'endormissement*. Après le coucher à l'heure habituelle, à 21 heures, le sujet est brusquement paralysé sans émotion ni signe avertisseur. Immobilité totale de tous les segments du corps. Le malade laisse tomber la cigarette qu'il fumait au lit ; la cigarette roule sur les draps au risque de mettre le feu, et il ne peut rien faire. Tout appel, tout mouvement est impossible, sauf clignement des paupières. La lucidité est complète. Accélération des mouvements respiratoires et cardiaques. La crise dure une à deux minutes et cesse aussi brusquement qu'elle s'est installée. Après la crise, céphalée avec insomnie pendant deux ou trois heures.

A partir de cette crise (15 novembre 1949), le malade absorbe 3 ou 4 comprimés d'ortédrine et 3 ou 5 comprimés de kinortine par jour sans aucun effet.

Les crises de narcolepsie persistent tous les jours après les repas de midi et du soir, et très souvent pendant le travail au cours de l'après-midi.

La cataplexie de l'endormissement survient presque tous les soirs, identique à celle plus haut décrite. Les accès cataplectiques émotionnels sont fréquents aussi.

Revu au service, en mai 1950, pour nouvel examen électroencéphalographique. Le traitement est interrompu à l'admission. Pendant son séjour d'une semaine, mêmes crises narcoleptiques, mais pas d'accès cataplectique.

Le tracé électroencéphalographique ordinaire est normal ; après absorption de phényl-iso-propyl-amine-destrogyre (maxiton), le tracé reste sans modification ; sous pentothal, rythme normal de sommeil.

Examen somatique toujours normal.

Revu en avril 1952. Persistance du même type de troubles : crises de narcolepsie quotidiennes et crises de cataplexie de l'endormissement, une à deux fois par mois.

Forte sensibilité à toutes les émotions avec fléchissement des jambes et diminution de la force musculaire. « Quand je raconte des histoires gaies, mes jambes fléchissent, ma langue s'empâte, je bafouille, je suis obligé de m'arrêter à plusieurs reprises et de reprendre après un moment d'arrêt. En principe, je ne raconte plus d'histoires drôles et j'évite toutes les occasions où je pourrais rire. » Les peurs, les colères, l'énervement, produisent les mêmes effets.

Jeune homme pycnique, peu actif, mais assidu au travail, il est fort handicapé par une hyperémotivité excessive depuis le début des crises de cataplexie. Troublé, bouleversé au moindre événement, il s'indigne ou s'enthousiasme pour un rien. Réactions coléreuses fréquentes ; peu de facteurs d'arrêt : pauvreté des représentations mentales ; idées parasites, rêves obsédants. Forte saturation émotionnelle au questionnaire caractérologique de Gaston Berger : 8,6.

L'injection intraveineuse de 20 milligrammes de méthédrine provoque, dix minutes après, une élévation de la tension artérielle qui passe de 9/6 à 12/8, une sensation d'euphorie avec sentiment de puissance, une excitation idéatoire avec loquacité. Pas d'anxiété, pas d'abréaction émotionnelle proprement dite. Aucun phénomène tonique.

OBSERVATION N° 2. — M. M..., 49 ans. Employé de bureau.

Dernier d'une famille de cinq enfants. Naissance et développement psycho-moteur de la prime enfance normaux. Scarlatine et fièvre typhoïde à trois ans. Ecolage médiocre jusqu'à onze ans. Pas de certificat d'études primaires. Autodidactisme élémentaire par la suite. Travaux agricoles dans l'exploitation familiale jusqu'à l'âge de vingt ans. Ensuite départ pour Paris, pour rentrer à la T.C.R.P. comme conducteur de tramway et chauffeur d'autobus. Examens psycho-techniques très satisfaisants ; jamais d'accident. Il conserve cette place jusqu'à la guerre de 1939, seize ans en tout. Mariage à vingt-quatre ans, avec une amie d'enfance qu'il connaissait depuis la maternelle. Déception de ne plus trouver l'amie dans l'épouse. Dysharmonie conjugale. Trois enfants, dont un mort en bas âge de méningite tuberculeuse. Les enfants vivants sont en bonne santé.

La femme, après la dernière grossesse, est atteinte de cardiopathie grave. Dès lors, continence, suivant les conseils médicaux, et aggravation des conflits conjugaux, d'où regrets vers la mère qui conserve encore une grande influence.

Au cours de la guerre 39-40, fracture ouverte de la jambe gauche : raccourcissement du membre et pied bot. Reconnu inapte et pour l'armée et pour le métier, il obtient une pension et une retraite proportionnelle. Il quitte définitivement Paris pour aller s'installer dans un village où il obtient un emploi réservé dans une mairie.

Le changement d'occupation n'entraîne pas de grands retentissements. Troubles intestinaux : ballonnement abdominal avec douleurs, vomissements, diarrhée, à retour plus ou moins périodique tous les six mois. En 1945, décès de sa femme. Pas de tristesse profonde, mais plutôt sentiment masqué de libération d'un état conflictuel qui n'avait sans doute que trop duré. En juillet 1949, aggravation des troubles intestinaux. En octobre, état dépressif avec pleurs, sentiment de solitude, anxiété. C'est que le fils (25 ans) se marie et part pour Paris, et que la fille (17 ans), placée en pension, refuse de travailler et veut reprendre la place de la mère, d'autant que s'ébauchent de vagues

projets de remariage avec une jeune femme de la localité. En novembre 1949, fatigabilité progressive, chute de la paupière gauche, signalée par l'entourage ; en décembre, disparition du ptosis, mais persistance de l'asthénie et des troubles intestinaux. En janvier 1950, réapparition du ptosis et diplopie. En février 1950, le malade est admis à la clinique neurologique.

L'examen neurologique précise : ptosis gauche, paralysie de la convergence, asthénie musculaire profonde sans amyotrophie. Influence de la prostigmine (mais décroissante). Dissociation albumino-cytologique dans le liquide céphalo-rachidien. Abaissement des 17-cétostéroïdes : cinq milligrammes par jour. Au cours d'une deuxième hospitalisation, en avril 1950, de nombreux examens pratiqués n'apportent aucune précision nouvelle. L'action de la prostigmine est devenue inopérante sur l'asthénie.

L'examen sous narcose et une psychothérapie invigorante amènent une amélioration de l'asthénie. Le diagnostic possible de polioencéphalite ne peut plus être envisagé avec certitude. Celui de myasthénie non plus, car l'arrêt du traitement à la prostigmine amène une sédation des troubles. Nous assistons d'ailleurs à un polymorphisme capricieux de symptômes, scrupuleusement notés par le malade, qui sollicite plusieurs hospitalisations et le concours de diverses personnalités.

Depuis novembre 1950, le sujet a des *crises de cataplexie* :

Est-il à la chasse ? Lorsque le chien sent le gibier, à l'émotion ressentie par la perspective de pouvoir tirer, sensation de paralysie des jambes ; le sujet reste cloué sur place, comme s'il avait les membres emprisonnés dans un étau. S'il veut s'élancer, les jambes n'obéissent pas, il y a chute. Ces crises au cours de la chasse surviennent trois ou quatre fois, à des jours différents. Récupération immédiate de la liberté des mouvements. Une fois, au cours d'une promenade dans les rues de Toulouse, il voit un homme tomber d'un tramway ; il reste alors figé, sans pouvoir ébaucher le moindre mouvement ni pour pouvoir porter secours, ni pour se détourner de ce spectacle qui l'impressionne. Lucidité complète. Le temps d'arrêt dure trente secondes environ. Un matin qu'il achetait le journal comme à l'ordinaire, il a l'impression que le papier lui glisse des mains, ce qui entraîne un brusque mouvement pour essayer de le rattraper au vol ; alors le sujet sent brusquement ses forces diminuer et il se trouve étendu sur le sol, immobile, pendant dix secondes, sans diminution de la conscience. Il se relève, reprend le journal et continue normalement ses occupations.

A l'hôpital, un matin, alors qu'il est étendu sur le lit, il s'entend appeler brusquement par l'infirmier pour aller à la radiologie. La soudaineté de l'appel, la rapidité d'exécution demandée, le laissent figé, immobile ; il ne peut ni répondre, ni exécuter le moindre mouvement pendant une à deux minutes. On le fait asseoir, on le met debout, et alors il récupère ses mouvements et il peut partir. Il reste toujours lucide et sent que, si on était venu lui dire tout doucement de se lever

pour aller à la radio, il aurait pu exécuter l'ordre sans le moindre incident.

Aucune anomalie du sommeil.

Actuellement le sujet présente une asthénie importante et des troubles intestinaux périodiques. Il suit un traitement par un dérivé de la prostigmine : la pyridostigmine, à laquelle il prête une grande vertu.

Depuis cinq à six ans, il y a eu un changement net de caractère. Le sujet est devenu très émotif. Bouleversé par la plus petite chose, il donne une grande importance aux faits insignifiants. Tout est source d'enthousiasme ou d'indignation chez lui. Très susceptible, les critiques un peu vives ou les remarques moqueuses le blessent profondément.

Les conversations deviennent rapidement orageuses dès qu'il est un peu contrarié. Les colères, surtout verbales, sont assez fréquentes. Il lui arrive alors de rester sans parole, dans l'impossibilité d'articuler le moindre mot pendant huit à dix minutes. Le calme est dès lors rétabli devant l'antagoniste, le plus souvent sa fille, apitoyée par une telle réaction et mortifiée d'en avoir été la cause.

Le *ton affectif* est généralement triste avec sentiment d'être malheureux. Peu de moments d'exaltation joyeuse. Angoisse paralysante devant les nouvelles tâches à entreprendre. Notons qu'il n'y a jamais eu de perturbation dans les automatismes bien consolidés de son métier de chauffeur : il a toujours conduit sa voiture avec dextérité et sans la moindre gêne. Des représentations mentales, banales et inutiles, envahissent fréquemment son esprit. Des doutes, des scrupules à type obsessionnel le tourmentent et l'induisent souvent à l'inertie. Il est très préoccupé par le mystère de sa maladie. La désadaptation par rapport au milieu va grandissant et les à-coups retentissent sans manquer sur ses viscères.

Au questionnaire Gaston Berger, le facteur émotionnel est fortement saturé : 8,6. A l'examen psychométrique, le souci de paraître plus intelligent et de se montrer brillant. Au test de Woodworth, on apprécie un penchant marqué à l'hypocondrie. Aux cubes de Kohs, découragement rapide et résultat médiocre. Au Rorschach, type de résonance coarté, tonalité dépressive, préoccupations sexuelles (Mlle Sciolette).

Choc amphétaminique : après injection intraveineuse de 30 mgr. de méthédrine, élévation de la tension artérielle qui, dix minutes après, passe de 12/8 à 19/11 ; légère inquiétude, réaction émotionnelle objectivée dans un comportement analogue à celui qui se produit au cours des colères et des phases d'énervement où le sujet ne peut pas parler : dissolution partielle du tonus des muscles participant à la physiologie de la parole avec grande difficulté pour articuler les mots pendant deux minutes environ. Ensuite, euphorie et sentiment de puissance.

Electroencéphalogramme ordinaire, normal. Le tracé, après amphétamine, montre une désynchronisation corticale intensifiée par cette hyperémotivité pharmacodynamique.

OBSERVATION N° 3 (*inédite*). — M. C..., 29 ans. Marié, un enfant, Horloger. Situation sociale et économique sans soucis. Rien de pathologique dans les antécédents.

Sujet émotif, sensible au moindre événement familial. Préoccupé pour des riens. Susceptible dans ses rapports avec ses relations ; conversations souvent passionnées et même orageuses. Facilement troublé par les événements imprévus : sursaut lorsqu'on l'appelle brusquement, rougeur ou pâleur de la face, petits tremblements. Petits mouvements automatiques des pieds ou des mains presque en permanence. Emotions nombreuses et richement exprimées ; augmentation, depuis un an, de leur fréquence et du cortège des composantes somatiques et psychiques. Irritable, grognon, énervement facile, fréquentes petites colères.

Depuis un an, apparition de *crises partielles de cataplexie* et d'une tendance paroxystique au sommeil sans narcolepsie véritable. Lorsqu'il conduit sa voiture, après quelques dizaines de kilomètres, sensation d'endormissement : impression de poids dans les paupières ; il arrête la voiture, descend quelques minutes, et il peut repartir ; nouvel épisode après une cinquantaine de kilomètres. Il n'a jamais présenté de crise de sommeil invincible. Souvent besoin de dormir dans l'après-midi. Sommeil nocturne léger et irrégulier, peuplé de rêves ; fréquents cauchemars avec réveil en sursaut. Pas de cataplexie du réveil ni de l'endormissement.

Aux émotions joyeuses et coléreuses crises de cataplexie partielle. Quand il donne une taloche à son enfant ou qu'il gronde un chien, il ressent un fléchissement au niveau des membres inférieurs et un relâchement du tonus des doigts qui entraîne parfois la chute des objets tenus à la main. Lorsqu'on lui raconte une histoire drôle qui déclenche le rire, dès le début du rire, fléchissement des jambes qui l'oblige à s'asseoir. Les émotions vives, avec effet de surprise, sont sans effet.

L'examen neurologique reste absolument normal. Azotémie, cholestérol, métabolisme de base normaux. Amélioration par les amphétamines. *Electroencéphalogramme* normal.

Choc amphétaminique : injection intraveineuse, 30 mgr. méthédrine.

Tension artérielle avant l'injection : 14/8 ; cinq minutes après : 25/12.

Pouls avant l'injection : 100 ; cinq minutes après : 60.

Pas d'anxiété. Sensation de constriction céphalique transitoire. Ensuite sensation de bien-être et sentiment de puissance. Euphorie contenue. Objectivation des éléments de fragilisation de l'équilibre dynamique quotidien et du manque de cohésion habituel dans le contrôle des conduites, les stimuli émotifs inattendus venant couper cet équilibre avec facilité.

Les diverses formes de cataplexie se présentent souvent intriquées et, comme nous avons pu le constater dans ces quelques observations, il y a fréquemment une évolution sous l'action de

la thérapeutique (amphétamines) ou spontanément des formes complètes vers des manifestations plus larvées.

II. — Conception générale de la cataplexie

Nous envisagerons ici ce qui est acquis à l'heure actuelle sur la conception générale de la cataplexie.

Il existe des accès cataplectiques ou plutôt des narcolepsies-cataplexies — la cataplexie pure étant plus rare — qui peuvent être rattachées à un tableau nosologique déterminé, et des syndromes de Gelineau qui semblent représenter une entité spécifique par eux-mêmes ; c'est ainsi qu'on a parlé de cataplexie essentielle.

On peut trouver les accès cataplectiques isolés ou associés aux crises narcoleptiques comme symptômes de plusieurs affections.

J. Lhermitte et Cestan ont signalé leur manifestation possible à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral.

Noak, Redlich, Stieffler et Holper ont noté les rapports possibles avec les lésions d'origine éthylique.

Le rôle de l'hérédo-spécificité a été souligné par André-Thomas (deux cas) et Cestan.

On a davantage insisté sur les troubles méso-diencephaliques eux-mêmes, notamment l'encéphalite épidémique de von Economo.

De même, on a décrit des troubles narco-cataplectiques dans les altérations des parois du troisième ventricule : néoplasies et tumeurs inflammatoires ; au cours de l'évolution des méningites syphilitiques de la base ; dans les tumeurs infra-sellaires comprimant le troisième ventricule.

Les observations sont nombreuses où l'on a signalé des rapports plus ou moins étroits des troubles qui nous occupent, avec des symptômes divers : anomalies de la selle turcique (Kahler, Redlich, Jolly, Singer et Jansen) ; augmentation du poids, troubles menstruels (Névermann) ; modifications des crises au cours de la grossesse (Fisher a noté une aggravation) ; association aux épistaxis (K. Mendel, Mac Damara) ; diplopie concomitante (Jansen, Spiller, K. Wilson) ; troubles endocriniens divers (L. van Bogaert). Phénomènes qui ne permettent aucune conclusion étiologique, si ce n'est leur origine commune possible dans les centres méso-diencephaliques.

Le plus souvent, nous nous trouvons en présence de malades dont les troubles narco-cataplectiques se manifestent sur un

tableau somatique sans aucune particularité pathologique, y compris les examens de laboratoire, radiologiques et électro-encéphalographiques, qui se révèlent normaux. Aussi on a envisagé plusieurs processus explicatifs d'après la tendance qui consiste à ramener à un fait déjà connu les faits qui ne présentent pas une possibilité d'explication claire par eux-mêmes.

C'est ainsi qu'on a essayé d'expliquer la cataplexie par rapport au sommeil, à l'épilepsie ou à l'hypertonie affective normale de L. van Bogaert.

Dans le sommeil physiologique et narcoleptique, on trouve deux éléments fondamentaux : un élément psychique : l'inhibition plus ou moins profonde de la conscience, et un élément somatique qui réalise l'état de repos de la vie de relation : immobilité, hypotonie musculaire plus ou moins accusée, vagotonie (bradycardie, myosis), ralentissement de tous les processus métaboliques.

Max Levin et surtout J. Lhermitte ont adopté cette conception dualiste du sommeil comme base d'explication de la cataplexie. La cataplexie serait l'apparition de l'élément somatique du sommeil en dehors de toute inhibition de la conscience ; sommeil partiel ou sommeil dissocié, « où l'esprit continuerait à veiller sur un corps endormi » (J. Lhermitte).

Cette conception s'appuie sur de nombreux arguments, dont nous pouvons rappeler les principaux :

L'association presque constante des accès narcoleptiques aux crises de cataplexie chez le même malade ;

L'ambivalence déclenchante des mêmes circonstances qui peuvent amener tantôt un accès de sommeil, tantôt une dissolution du tonus, le passage pouvant se faire facilement de l'une à l'autre (tel sujet qui lutte contre le sommeil tombe en cataplexie et réciproquement) ;

dans certains états cataplectiques, la conscience est plus ou moins obscurcie et il se produit souvent des visions hypnagogiques et images oniriques analogues à celles qui se voient au moment de l'endormissement ;

les accès de cataplexie du réveil et de l'endormissement ne peuvent être expliqués que par un asynchronisme dans l'apparition ou la disparition des deux éléments somatique et psychique du sommeil ;

on a constaté, au cours de l'accès cataplectique, comme dans le sommeil profond, la diminution ou, plus souvent, l'abolition des réflexes tendineux, l'abolition des réflexes cutanés abdomi-

naux, les pupilles en myosis, un réflexe photo-moteur nul ou très faible, l'apparition plus inconstante du signe de Babinski ;

il y a un renforcement du tonus para-sympathique dans les deux cas ;

on a observé aussi chez les cataplectiques, la déviation des globes oculaires en dehors et vers le haut, comme dans le sommeil, cela expliquerait la diplopie pré-cataplectique décrite par Jansen et la diplopie pré-hypnique qui précède souvent l'accès narcoleptique.

Cette multiplicité de faits communs au sommeil et à la cataplexie ne permet pas cependant de conclure à une identité possible de l'accès cataplectique et de l'élément somatique du sommeil physiologique ou narcoleptique.

Nous trouvons, en effet, dans l'accès cataplectique, une dissolution du tonus, brusque, soudaine et complète ; une abolition de toute la motilité volontaire et réflexe (à la douleur, au pincement), une inexcitabilité électrique totale des muscles (Mussio-Fournier) ; le caractère irrésistible et irréversible des accès cataplectiques (en dehors de quelques exceptions : K. Wilson, Lévin). Nous voyons, par ces faits, une différence de degré importante ; dans le sommeil physiologique, ces caractères sont absents, ou se produisent avec une intensité moindre ; dans les accès narcoleptiques, on note aussi l'irréversibilité et l'irrésistibilité.

Il y a des *équivalents comitiaux* qui se manifestent par une perte subite du tonus d'attitude : les crises d'épilepsie statique de Ramsay-Hunt, les crises de pycnolepsie et les accès cataplectiques d'origine comitiale.

Ramsay-Hunt a décrit, sous le nom d'attaques statiques, des crises caractérisées par une chute soudaine, sans paroxysme convulsif. La chute est toujours brutale, avec blessures fréquentes. Il y a perte de conscience. L'accès dure très peu de temps ; le malade se relève presque immédiatement.

André-Thomas a signalé des crises d'akinésie partielle : tête qui tombe, chute d'un bras qui lâche un objet, dérochement des membres inférieurs avec perte plus ou moins complète de l'équilibre.

Dans les deux cas de ces crises akinétiques, il y a dissolution du tonus, soit généralisée, soit partielle.

Adie a insisté sur les caractères distinctifs de ces équivalents comitiaux « pseudo-cataplectiques » avec les accès cataplectiques. « Chez l'épileptique, l'accès d'inhibition tonique survien-

draît sans cause, sans l'intervention d'aucune secousse émotive en particulier, s'accompagnerait dans la règle d'une disparition complète ou, tout au moins, d'un obscurcissement profond de la conscience avec, ultérieurement, après la terminaison de l'accès, sentiment d'étrangeté, de désorientation, amnésie plus ou moins complète ; d'autre part, ces accès pseudo-cataplectiques alterneraient ordinairement avec des accidents plus caractéristiques, convulsifs entre autres, et seraient améliorés par le traitement habituel du mal comitial ; les sujets chez qui ils surviennent présenteraient souvent, d'autre part, des modifications de la sphère psychique habituelle aux épileptiques, et qui font constamment défaut dans la maladie de Gélineau. » Ajoutons que l'électro-encéphalogramme pourra, dans la plupart des cas, lever les doutes. Cependant, il se présente dans la pratique des cas vraiment complexes, car tous les accès cataplectiques ne sont pas déterminés par l'émotion, et tous les équivalents épileptiques ne présentent pas les mêmes troubles de la conscience. En effet, il faut noter deux notions fondamentales :

Tout d'abord, l'absence d'une perte totale ou d'une inhibition profonde de la conscience, au cours d'un accès d'inhibition tonique posturale avec chute, ne doit plus actuellement permettre d'éliminer sans plus de discussion le mal comitial ; Ramsay-Hunt et André-Thomas considèrent, même au cours des attaques statiques, la perte de connaissance comme le plus souvent très incomplète ; la notion d'une épilepsie mnésique et consciente est, d'autre part, aujourd'hui universellement admise, et il paraît bien certain, comme Marchand et avant lui Witkowski l'ont signalé, que des équivalents épileptiques revêtant le type d'accès brusques d'inhibition tonique posturale avec chute pseudo-cataplectique, peuvent parfaitement s'accompagner ainsi d'une conservation complète de la conscience. Le malade gît alors à terre, pour quelques minutes, immobile, en complète résolution musculaire, les paupières closes ou légèrement entr'ouvertes, la face pâle ; comme le cataplectique, il est incapable du moindre mouvement, ne peut pousser le moindre cri ; il entend, comme ce dernier, ce que l'on dit, perçoit ce qui se passe autour de lui, et pourra plus tard en rapporter un récit assez exact. On voit combien, en l'absence des crises convulsives ordinairement associées à ces accidents, il serait difficile de porter le diagnostic du mal comitial, et la facilité avec laquelle on rattacherait faussement ces derniers à la maladie de Gélineau. Pendant longtemps, le mal comitial peut ne se traduire que par ces accès isolés d'inhibition tonique posturale ; leur coexistence avec des manifesta-

tions épileptiques plus caractéristiques, si précieuses pour le diagnostic, peut donc faire défaut et n'a pas ainsi de valeur absolue.

Aussi faut-il toujours, en conclusion, surtout en l'absence de crises de sommeil paroxystique associées, songer à l'épilepsie devant un syndrome fait de crises isolées d'inhibition tonique posturale lors même que la conscience paraît indemne au cours de la crise et à plus forte raison si elle est tant soit peu altérée.

Les accès pycnoleptiques s'observent surtout chez les enfants ; ils sont caractérisés par une accumulation d'absences qui surviennent au nombre de vingt à quarante et même plus par jour. Ces absences sont très brèves, difficilement perçues par l'entourage, à peine ressenties par le sujet. Elles se traduisent objectivement par un arrêt dans la phrase, dans le geste, accompagné d'un brusque battement des paupières ou une révulsion légère des yeux. L'atteinte motrice est si peu marquée que l'accomplissement du geste est seulement retardé et se poursuit. Les cahiers de classe de ces enfants sont souvent démonstratifs, en montrant l'omission d'un mot, d'un groupe de lettres ou un court gribouillage.

La perte de conscience n'est donc pas complète, mais il y a souvent miction involontaire.

En ce qui concerne les accès cataplectiques authentiques, il est indiscutable qu'ils existent aussi chez les épileptiques reconnus pouvant survenir, soit spontanément, soit après une émotion, et dans une des formes cliniques décrites.

Le choc émotionnel est une cause déclenchante plutôt rare dans l'épilepsie, soit que l'on considère la première crise qui frappe l'individu ou les crises qu'il présente ensuite, soit que l'on envisage les crises en général chez les comitiaux. On peut même se demander si, dans certains cas, il n'y a pas simplement coïncidence entre l'état émotionnel et la crise, ou s'il ne s'agit pas de crises cataplectiques plutôt que de crises épileptiques (Marchand). Il n'en reste pas moins qu'il y a des crises où l'émotion a joué un rôle déterminant sans qu'on connaisse pour cela la façon exacte dont elle a pu agir. De nombreuses hypothèses ont été soulevées que nous n'évoquerons pas ici, mais il semble bien que l'émotion joue uniquement le rôle de cause occasionnelle sur un terrain déjà prédisposé à l'épilepsie (Ajuria-guerra). Le plus souvent, la première crise post-émotionnelle est suivie de crises spontanées, sans rapport direct avec l'émotion. Ces faits sont à rapprocher des crises réflexes à certains stimuli particuliers, comme l'épilepsie musicogénique (Crichtley), qui

peut être déclenchée par l'audition d'un air ou d'un instrument musical quelconque, ou encore par un instrument particulier.

L'émotion continue peut agir comme facteur d'épuisement, et être ainsi à la base d'un déclenchement convulsif. Les émotions brusques (rire-peur) sont parfois épileptogènes. En ce qui concerne le rire, Crichtley estime qu'il agit par l'expression physique qui accompagne l'excitant affectif.

Le rôle manifeste des facteurs émotionnels dans le déclenchement de certains accès épileptiques, l'apparition chez quelques cataplectiques de secousses cloniques plus ou moins épileptiformes, ainsi que l'existence des crises d'épilepsie consciente, sont des facteurs qui ont largement contribué à faire un rapprochement entre épilepsie et cataplexie. Serejki et Frumkin, entre autres, considèrent qu'il s'agit de deux phénomènes de nature très voisine. Si troublante que soit l'existence indubitable de tels faits, il est impossible de pousser l'analogie jusqu'à penser que cataplexie et épilepsie sont la même chose. L'épilepsie peut se manifester chez certains sujets par des accès cataplectiques, et le tracé encéphalographique en montre la cause. Mais les accès cataplectiques purs, sans aucune manifestation épileptique concomitante ou associée, ne présentent aucun point commun avec le mal comitial. Ce sont deux faits de nature distincte.

Wilder et L. van Bogaert ont considéré la cataplexie comme la simple exagération pathologique, *L'EXPRESSION MAJEURE DE « L'INHIBITION TONIQUE AFFECTIVE NORMALE »*.

On a observé chez des sujets normaux des modifications somatiques portant sur la motricité volontaire et sur le tonus de posture à la suite d'une émotion violente : chute de la mâchoire inférieure, chute des bras le long du corps, fléchissement des genoux, permanence dans une attitude figée, etc... Ce genre de sidération émotive rappelle, sinon la grande crise de cataplexie complète, du moins une de ses nombreuses formes partielles. On peut observer, entre « l'inhibition tonique affective » du sujet normal et l'accès cataplectique total, toute une série de faits de passage, de complexité clinique progressivement croissante, où il semble y avoir une simple différence de degré.

L. van Bogaert explique, avec quelque réserve, l'inhibition tonique dans les deux cas, par une mise en circuit d'un réflexe thalamo-strié à l'occasion des émotions. Pour Verger et Lafont, qui admettent ce rapprochement, ce serait plutôt la conséquence d'un processus d'inhibition motrice supérieure : « Il n'y aurait pas ainsi de différences essentielles de nature entre la dissolution affective normale du tonus et de la motricité volontaire et la

composante somatique du sommeil d'une part, entre l'une et l'autre et la cataplexie d'autre part ; toutes trois ne sont que les expressions différentes d'un même processus d'inhibition des formations supérieures, inhibition légère, partielle, passagère ou immédiatement réversible dans les deux premières, mais qui atteint au contraire dans la cataplexie à une profondeur remarquable, caractéristique de sa nature pathologique, et uniformisant ainsi en quelque sorte les effets de facteurs en apparence très dissemblables, les uns émotionnels, les autres hypnogènes. »

Nous ne pensons pas que ce rapprochement soit possible, mais nous aurons l'occasion de revenir sur ces faits en traitant le problème pathogénique princeps : la façon dont peut agir la vibration émotive pour entraîner l'inhibition cataplectique, car la physiopathologie de l'accès cataplectique se ramène en fin de compte à deux questions fondamentales : d'une part, la connaissance du mécanisme de la dissolution du tonus, et de ses rapports avec l'émotion ; d'autre part, la sensibilisation extrême du sujet aux vibrations émotives.

III. — Troubles du tonus et émotions

A) LES DIVERS TYPES D'ÉMOTION ET LA CATAPLEXIE

Pendant longtemps, on a pensé que la cataplexie était liée à une émotion et même à un type exclusif d'émotion : l'émotion joyeuse, imprévue, soudaine, le franc-rire provoqué par effet de surprise. Et, par opposition, on avait admis que l'état inverse de la cataplexie, l'hypertonie affective ou catalepsie, était spécifiquement déclenché par les émotions tristes. *En réalité, la crise cataplectique est liée à un polymorphisme très riche de circonstances émotionnelles.* Une revue analytique rapide de ces causes s'impose pour examiner les liens qui rattachent la vibration émotive avec la dissolution du tonus dans le cadre de la personnalité du cataplectique.

D'abord, les émotions de nature joyeuse : Gélinau, et un grand nombre d'auteurs après lui, ont insisté sur la grande fréquence des événements joyeux, inattendus, parmi les causes immédiates de l'attaque.

Le rire excessif et franc, le rire « de bon cœur », est certainement la cause la plus fréquente. Le rire de commande reste sans effet. La crise de cataplexie survenant au cours d'un accès de rire a été nommé « gélolepsie ». Elle se rapproche du « Lachslag » d'Oppenheim, où le sujet s'écroule dans un éclat de rire.

Nous devons distinguer deux sortes de cas : ceux où le rire est provoqué par des stimuli externes : spectacles, histoires, farces, et ceux dont le rire, déclenché par les malades eux-mêmes, est seul capable d'entraîner la cataplexie.

[Il y a des cataplectiques chez qui les stimuli extérieurs déclenchant la joie et le rire ne provoquent pas de crises ; par contre, quand ils font une farce et qu'ils récoltent le succès qui les fait rire, ils s'écroulent ou manifestent une dissolution partielle du tonus].

A côté de ces cas où, pour provoquer la cataplexie, l'émotion joyeuse doit se manifester dans le rire, il y en a d'autres où la perception de l'événement joyeux entraîne la crise de cataplexie sans qu'il y ait rire. Ainsi, les spectacles gais, les farces et bons mots conservent toutefois le caractère de surprise et d'inattendu. On a rapporté de nombreuses descriptions de cataplexie survenant au cours de la chasse ou dans les jeux.

Les conduites qui aboutissent à une action d'éclat, à une affirmation de la personnalité avec sentiment de triomphe et joie, peuvent déclencher l'accès de cataplexie. Notre premier malade s'effondre en jouant au foot-ball et au ping-pong : il ne peut plus se livrer à ces jeux.

Les crises de cataplexie peuvent survenir quand le sujet est seul, par évocation du souvenir d'un événement agréable.

La crise de cataplexie peut être provoquée par le chatouillement.

Il faut rapprocher ces cas des crises survenant à l'occasion de certaines manifestations motrices non affectives : éternuement, quinte de toux, etc... Rothfeld a décrit sous le terme « d'orgasmo-lepsie » les crises de cataplexie survenant au cours des effusions sexuelles.

Nous avons observé chez un de nos malades un fait non encore signalé : c'est la nécessité d'une résonance émotionnelle de joie partagée, pour déclencher la crise. Le sujet ne s'écroule que lorsqu'il y a une ambiance gaie. Même quand il ne trouve pas le spectacle comique, le rire d'autrui entraîne l'affaissement de la tête ou la chute complète. « Au cinéma, lorsque le film est gai et déclenche l'euphorie de la salle, je suis obligé de laisser tomber la tête brusquement pendant quelques secondes, sans avoir la force de la relever. »

Signalons enfin que le contentement sans cause précise, le sentiment de joie entraînent chez certains sujets une diminution des forces musculaires.

Les émotions pénibles, tristes, désagréables peuvent provoquer

aussi, bien que plus rarement, des crises de cataplexie. Le malade de Delmas-Marsalet s'effondre quand on lui annonce une mauvaise nouvelle. Le malade de Stieffer avait sa crise seulement quand il s'ennuyait.

L'émotion coléreuse entraîne aussi la cataplexie. Les contrariétés, l'irritation, l'énervement provoquent chez certains sujets une dissolution plus ou moins complète du tonus musculaire. Cependant, dans les colères violentes ou les disputes enflammées, où il y a une grande participation personnelle, il n'y a pas de crise cataplectique.

La peur peut amener en dehors des manifestations de la « peur passive », qui sont à la frontière du pathologique, des crises de cataplexie.

Des crises de cataplexie peuvent survenir à la suite d'un *état émotif amené par un rêve*.

Expérimentalement, aucune émotion préparée, avec effet de surprise, n'a entraîné la dissolution du tonus. Nous n'avons pas obtenu de grande crise de cataplexie chez nos sujets par l'injection intraveineuse de méthédrine (choc amphétaminique), mais une dissolution partielle chez le deuxième malade.

Soulignons que, chez la plupart des cataplectiques, *les facteurs de surprise et de soudaineté jouent un rôle important*, indépendamment du type d'émotion en cause.

L'analyse des émotions qu'on peut relever dans la littérature, comme étant à l'origine des phénomènes cataplectiques, nous permet d'aboutir à *quelques conclusions premières*.

On rencontre un grand polymorphisme de vibrations émotives dans les causes déclenchantes de la cataplexie. La limitation aux seules émotions joyeuses avec effet de surprise, ou à un type d'émotion donné, ne semble plus pouvoir être admise en tant que cause unique de la crise.

La distinction entre l'expérience subjective de l'émotion et son expression motrice, pour savoir laquelle des deux déclenche les troubles, n'apporte pas d'élément explicatif dans les manifestations cataplectiques. Cela justifie tout au plus un système régulateur plus perfectionné chez le sujet qui doit attendre l'expression tonique normale de l'émotion, pour accuser la dissolution tonique posturale.

Le sujet cataplectique n'est pas toujours sensible à un seul type d'émotion. Il est vrai que, dans certains cas décrits par les auteurs (nous n'en avons vu aucun), la dissolution du tonus ne se produit qu'à la suite d'une émotion déterminée. Il reste à savoir quelle a été l'évolution de la sensibilité émotionnelle de ces sujets.

Dans d'autres cas — qui semblent plus nombreux — la dissolution tonique se produit quelle que soit la variété d'émotion et son intensité. Parfois, des variations affectives minimales suffisent, et même la crise peut survenir sans émotion apparente. Cela nous montre la faiblesse des barrages que le sujet peut offrir à ces « affections dérégantes. » que sont les émotions.

B) MODIFICATIONS TONIQUES DANS LA PHYSIOLOGIE DE L'ÉMOTION

Parmi les composantes somatiques de l'émotion, rappelons très brièvement les modifications du tonus de posture, le tonus musculaire permanent qui règle les attitudes corporelles étant en étroit rapport avec la tonalité affective.

Chez l'enfant, la fonction tonique est prédominante, l'hypertonie exige des voies de liquidation, parmi lesquelles les émotions. Les émotions préventives, le rire et les pleurs sont avant tout une liquidation d'hypertonus : dans le rire, il y a surtout dissolution du tonus des muscles du squelette ; dans les pleurs, l'hypertonie des viscères se résout en secousses spasmodiques.

Dans les émotions qualifiées, il y a des variations toniques caractéristiques. La peur passive peut se traduire par une hypotonie musculaire (que Preyer en 1870 appelait : cataplexie), ou par une hypertonie dans l'attitude figée. Dans la peur active, il y a agitation désordonnée avec hypertonie. La colère se traduit le plus souvent par une augmentation du tonus et de l'activité motrice ; dans la forme passive ou colère blanche de Darwin, il y a plutôt hypotonie. La joie déborde d'activité musculaire et d'hypertonie. Dans la tristesse passive, il y a hypotonie et diminution de la force dynamométrique ; dans la tristesse active, le sujet est tendu et contracté.

La variation des composantes toniques normales dans les diverses émotions d'une part, l'hypotonie uniforme qui caractérise l'accès cataplectique quel que soit le type d'émotion ayant joué le rôle déclenchant d'autre part, nous permet d'entrevoir la difficulté qu'il y aurait à considérer la cataplexie comme une exagération des processus toniques normaux de l'émotion.

C) EMOTION ET INHIBITION TONIQUE DANS LA CATAPLEXIE

(essai d'explication)

Dans notre étude, nous avons ramené en définitive le problème physiopathogénique de la cataplexie à deux questions fondamentales.

— Comment se produit la dissolution du tonus postural et quels rapports a-t-elle avec l'émotion ?

— Pourquoi et comment le sujet cataplectique devient si sensible aux émotions, même banales ?

Nous rappellerons d'abord la conception de Verger et Lafont, exprimée dans une monographie parue dans l'« Encéphale » (mars 1939). Ces auteurs négligent le deuxième problème que nous avons soulevé et axent l'explication de la cataplexie sur l'action inhibitrice cortico-sous-corticale aiguë du choc émotif.

Verger et Lafont se rapportent à la théorie de K. Wilson, pour qui la cataplexie est avant tout une paralysie de la motilité volontaire, expression d'une inhibition cortico-motrice. La dissolution tonique étant la conséquence de toute inhibition brutale « aiguë » des neurones moteurs corticaux, Wilson localise le point de départ de l'inhibition cataplectique dans le thalamus, à cause de l'étiologie le plus souvent émotionnelle.

Verger et Lafont n'admettent ni le point de départ thalamique, ni une localisation cortico-motrice aussi stricte du processus inhibiteur. Pour eux, le processus inhibiteur peut s'étendre aux formations sous-corticales, « sans cesser pour cela d'être un phénomène avant tout cortical, né au niveau du cortex et irradiant principalement en surface à son niveau ». Il y a prédominance de l'élément moteur volontaire sur l'élément tonique qui est, en tout cas, constamment précédé par l'inhibition motrice volontaire.

Les processus d'inhibition corticale, du sommeil en particulier, seraient soumis à un centre régulateur de localisation méso-diencephalique. Ce « centre régulateur de l'activité corticale » (Lhermitte) présenterait un dérèglement fonctionnel ou des lésions diverses (surtout inflammatoires) qui permettraient les accès d'inhibition corticale qui réalisent la cataplexie.

Les auteurs expliquent plus difficilement les crises de cataplexie survenant sans émotion à l'endormissement et au réveil. Certaines conditions : décubitus, position assise, relâchement de l'attention, favoriseraient la vague d'inhibition corticale qui, chez le cataplectique, diffuse à la totalité des hémisphères cérébraux. Il resterait à savoir pourquoi le processus inhibiteur tantôt se localise à une partie du cortex, tantôt s'étend à tout le cortex.

Ils essaient ensuite d'expliquer l'inhibition cataplectique par l'émotion elle-même. Ils admettent que « l'inhibition tonique affective normale » de L. van Bogaert est surtout l'expression d'un processus d'inhibition cortico-motrice, très limitée chez le normal par l'action des centres méso-diencephaliques, régulateurs

de l'activité corticale. « On conçoit dès lors aisément la production des accès cataplectiques par un déficit fonctionnel de ces centres régulateurs, laissant ainsi se développer, s'intensifier et s'étendre excessivement les processus inhibiteurs corticaux physiologiques d'origine émotionnelle. »

Ces hypothèses découlent des travaux de Hess, pour qui les centres méso-diencephaliques seraient les formations centrales du système neuro-végétatif, qui tiennent sous leur dépendance l'activité corticale ; celle-ci serait exaltée ou inhibée selon la prédominance sympathique ou parasympathique. Dans la cataplexie, il y aurait déplacement pathologique du tonus neuro-végétatif dans le sens d'une prédominance vagale excessive ; parasympathicotonie, qui permettrait l'extensivité exagérée des processus d'inhibition corticale ou leur renforcement intempestif. Des faits cliniques : la constitution vagotonique de la plupart des cataplectiques ; des faits thérapeutiques : l'amélioration ou la disparition des crises de cataplexie sous l'action de médicaments sympathicomimétiques, confirmeraient ces hypothèses.

En résumé, cette théorie repose sur trois hypothèses fondamentales :

1° l'existence de centres méso-diencephaliques régulateurs de l'activité corticale, dont la prépondérance dans le sens vagal facilite les processus d'inhibition corticale ;

2° l'inhibition corticale, localisée aux zones motrices, entraîne la paralysie de la motilité volontaire, suivie de dissolution du tonus. Lorsque l'inhibition corticale s'étend à tout le cortex, il y a narcolepsie ;

3° l'émotion agit directement sur le cortex ; l'inhibition normale du tonus, due à l'inhibition corticale, est excessive ici à cause du déficit des centres régulateurs diencephaliques. *La cataplexie apparaît comme une exagération des phénomènes normaux de l'émotion.*

L'ÉTUDE CLINIQUE DES SUJETS CATAPLECTIQUES NOUS A PERMIS DE SOULIGNER UN CERTAIN NOMBRE DE FAITS.

a) *La fréquence des crises de cataplexie larvées.* Les grandes crises cataplectiques complètes se rencontrent assez rarement ; par contre, les dissolutions partielles du tonus sont fréquentes. On peut constater dans ces accès une modification du tonus isolée et très brève ; l'arrêt des mouvements volontaires est minime et dû certainement à un défaut du tonus postural ; le plus sou-

vent, il y a simple difficulté passagère pour l'exécution des mouvements, sans paralysie authentique.

b) Dans les crises de cataplexie complètes, il y a des cas où certains mouvements sont possibles : le sujet peut remuer les doigts, soulever les paupières, parler... D'autre part, l'abolition des réflexes tendineux n'est pas toujours constatée, ni le signe de Babinski. *De sorte que, si la dissolution plus ou moins complète du tonus semble obligatoire pour qu'il y ait cataplexie, l'atteinte de la motilité pyramidale est loin d'être aussi constante.* Il semble difficile en tout cas d'admettre son rôle principal et initial.

c) *L'évolution des manifestations cataplectiques* montre aussi le rôle prépondérant des manifestations toniques. Il y a le plus souvent une modification dans la forme clinique des crises. Les crises complètes alternent avec les dissolutions partielles du tonus. Tel sujet, qui tombait à la vue du gibier, ressent actuellement, lorsqu'il se met en colère, une diminution du tonus des muscles de la parole ; l'articulation devient de plus en plus intelligible et à la fin tout mouvement phonatoire est impossible. La dissolution partielle et progressive du tonus finit par ne plus permettre aucun mouvement adapté.

d) L'hypervagotonie n'est pas toujours évidente. Souvent, le sujet est amphotonique, lorsqu'il n'est pas franchement sympathicotonique.

e) *L'effet thérapeutique des médicaments sympathicomimétiques*, éphédrine et dérivés amphétaminiques, est des plus variables. Quelquefois, l'effet est nul. Quelquefois, effet immédiat prolongé pendant quelque temps, puis réapparition des manifestations cataplectiques sous la même forme, ou sous une forme différente. Plus rarement, diminution ou même disparition des crises.

f) *Ce qui est plus important à noter, ce sont les profondes modifications caractérielles qui accompagnent l'apparition des manifestations cataplectiques et surtout narcoleptiques.* Le sujet devient très coléreux, les occasions de désadaptation avec le milieu se multiplient ; des faits minimes, dans des circonstances peu importantes, dont nous avons décrit les détails dans nos observations, amènent des réactions impulsives d'une violence démesurée. Il faut noter aussi une humeur maussade et bougonne ; le sujet est susceptible, facilement contrariable, hargneux pour un rien ou même sans cause apparente. *L'hyperémotivité* se manifeste dans tous les actes quotidiens : écho affectif aux petites choses, sursauts, passages rapides de l'exaltation à l'abatte-

ment, phases d'enthousiasme et d'indignation, obsessions, hésitations, et toute une multitude de manifestations émotives que nous avons déjà décrites. La régulation des affects est particulièrement fragile. *Le pouvoir frénateur du cortex, le pouvoir de contrôle cortical, est fortement diminué, et le sujet se trouve ramené à un stade où l'hyperémotivité est dominante.*

La diminution ou même l'absence de la fonction d'arrêt cortical éclate plus nettement encore au moment des réveils provoqués par l'entourage, lorsque le sujet est plongé dans le sommeil nocturne ou narcoleptique. Il y a libération d'une agressivité massive, pouvant aller jusqu'aux coups, le plus souvent exprimée en mauvaises paroles et humeur coléreuse qui dure longtemps. Même si le réveil provoqué était non seulement judicieux, mais nécessaire pour éviter une catastrophe, le sujet éclate en colère. Quand il critique le mouvement d'humeur qui vient de se produire, il exprime le plus souvent ses regrets, il demande qu'on n'en tienne pas compte, promet de se retenir la prochaine fois, mais invariablement recommence, le contrôle est impossible. Le sujet sent bien qu'il ne peut pas être maître de lui.

UN RAPPROCHEMENT DE LA CATAPLEXIE ET DES MANIFESTATIONS TONIQUES DE L'ÉMOTION-CHOC PARAÎT POSSIBLE EN UN SENS. Certains phénomènes toniques rappellent la cataplexie : « avoir bras et jambes coupés de saisissement », « rester bouche bée », etc... De même, dans l'ictus émotif et la peur passive, il y a dissolution du tonus et dérèglement moteur comme dans la cataplexie. Mais, dans l'ictus émotif, il y a perturbation des sens et obnubilation plus ou moins profonde des fonctions vigiles, alors que, dans la cataplexie, la vague de dissolution tonique laisse intacte la conscience. *La similitude des deux phénomènes nous semble difficile à admettre, et nous pensons qu'on ne peut pas considérer la cataplexie comme une simple exagération de l'émotion-choc normale.*

D'autre part, le mécanisme par lequel l'émotion provoque la dissolution tonique est expliqué difficilement par ces théories. En effet, l'hypothèse qui veut faire de l'émotion une sorte de projectile allant frapper électivement les centres cortico-moteurs semble insuffisante. L'émotion provoquerait une inhibition localisée de la motivité pyramidale, à laquelle ferait suite une dissolution du tonus de posture. Mais, outre l'impossibilité d'expliquer cette électivité, comment expliquer les dissolutions toniques partielles, non suivies de modification de la motilité volontaire ?

Les renseignements fournis par l'examen des grands hypotoniques nous montrent que, dans certains cas où le tonus de pos-

ture est insuffisant pour permettre la station debout, il garde cependant assez de valeur pour permettre certains mouvements en position couchée. Pour que la motilité puisse s'exercer, il lui faut comme support un certain degré de tonicité posturale.

Par ailleurs, on n'a pas signalé chez les malades ayant subi une lobotomie préfrontale des crises de cataplexie. On a signalé par contre des séquelles d'épilepsie, ce qui traduirait une certaine « fragilisation » des centres cortico-moteurs, par le lobe. Cette fragilité réaliserait cependant un terrain idéal pour l'action inhibitrice des émotions, si elle devait s'exercer sur ces centres.

L'action inhibitrice par choc émotif n'explique pas non plus pourquoi, dans certains cas, il y aurait localisation aux centres cortico-moteurs, et, dans d'autres cas, extension à toute la masse corticale. Nous aurions ainsi, tantôt un accès cataplectique, tantôt un accès narcoleptique. C'est l'inconnue soulevée par Verger et Lafont, et laissée déjà par eux sans explication.

On ne voit pas bien, non plus, comment l'inhibition de l'émotion frapperait électivement les centres cortico-moteurs, laissant intactes les fonctions vigiles.

La permanence de la conscience laisse émettre l'hypothèse d'une certaine intégrité du cortex, qui serait désinséré des formations sous-corticales. Il y aurait une sorte de coupure fonctionnelle, intermittente, des connexions avec les centres tonigènes sous-corticaux. La dissolution tonique plus ou moins étendue, qui s'ensuit, amène une atteinte INDIRECTE ET SECONDAIRE DE LA MOTILITÉ VOLONTAIRE (fonction du degré de dissolution du tonus de posture), et laisse au cortex une possibilité de fonctionnement : lucidité, vigilance, fixation des souvenirs et idéation.

L'impossibilité de rapprochement de la cataplexie avec une exagération de l'émotion-choc, et l'insuffisance d'explication de la dissolution tonique par l'inhibition émotive localisée, nous amène à formuler une hypothèse où la cataplexie n'apparaît pas comme faisant suite d'une façon DIRECTE à l'émotion.

Ce qui caractérise l'émotion, c'est qu'elle n'est pas seulement choc, mais qu'il y a après le choc une phase, soit de contractions, soit de mouvements incoordonnés et « d'expressions » miniques.

LA CATAPLEXIE APPARAÎT COMME UNE INTERRUPTION DU DÉPLOIEMENT ÉMOTIONNEL, COMME UN ARRÊT DANS LE PROCESSUS PHYSIOLOGIQUE DE L'ÉMOTION, PAR UN DÉFAUT DE TONICITÉ NÉCESSAIRE. ON NE PEUT PAS PARLER DE DISSOLUTION DU TONUS SOUS L'ACTION

DE L'ÉMOTION. IL Y A UN DÉRÈGLEMENT PRIMITIF DE LA RÉGULATION TONIQUE QUI NE PERMET PAS A L'ÉMOTION D'ALLER JUSQU'AU BOUT.

Chez le cataplectique, nous notons une double modification : d'une part le sujet devient hyperémotif, d'autre part certaines émotions ne suivent pas leur déroulement normal. Nous pensons que ces deux faits traduisent une fragilisation du système nerveux, une dissolution de niveau fonctionnelle qui atteint plus particulièrement le cortex. La diminution du pouvoir frénateur cortical rend plus délicate l'adaptation aux circonstances et n'exerce plus son action régulatrice sur le déroulement de certaines émotions, qui sont ainsi suivies de cataplexie.

La vie quotidienne demande une intégration dynamique au milieu environnant. Il y a une série d'échanges continus, un processus d'équilibre mouvant, dont la bonne régulation est assurée par la puissance inhibitrice des fonctions nerveuses supérieures. Lorsque l'adaptation est impossible, soit parce que les circonstances demandent une trop grande énergie au sujet, soit parce que le sujet lui-même présente une fragilité nerveuse trop accusée, il y a coupure avec le milieu. *Cette coupure se traduit par l'émotion.* L'émotion est d'autant plus fréquente que les circonstances demandent plus de participation de l'activité nerveuse : surprises, batailles, bombardements, etc..., circonstances où le sujet doit déployer une grande énergie pour surmonter une situation nouvelle ou imprévue. Au cours d'événements banaux, qui par eux-mêmes ne présentent pas un caractère d'agression ou qui ne sont pas en rupture avec le déroulement circonstanciel habituel, *le sujet peut se trouver désadapté, et présenter un retentissement émotionnel dû à la faible régulation assurée par le cortex.* Cela devient typique dans les cas où l'individu signale un changement notable de caractère : les événements qui, avant une époque donnée, n'amenèrent aucune coupure de l'équilibre, sont cause par la suite de troubles émotionnels qui rendent la vie quotidienne particulièrement pénible et désagréable.

Nous trouvons chez Pierre Janet les bases d'une telle conception : « L'émotion reste dans son ensemble une dépression de la tension psychologique, accompagnée de dérivation, déterminée par l'insuffisance de l'adaptation et par les efforts impuissants pour y remédier. » Et il ajoute : « Il faut aussi remarquer que, chez l'individu bien portant, l'émotion doit se produire rarement, parce que son adaptation au milieu physique ou social est le plus souvent heureuse. L'état maladif commence quand les émotions ont une intensité et une durée exagérées et quand elles se répè-

tent trop fréquemment. » Pour Janet, « l'émotion est précédée par un abaissement de niveau du tonus mental ; la diminution psychologique est la condition indispensable qui rend l'émotion fréquente, interminable et grave ».

Nous dirons que la baisse de tension psychologique est ici conditionnée par une baisse de niveau de la valeur fonctionnelle de l'activité nerveuse supérieure. L'ÉMOTION TRADUIT L'ADAPTATION DEVENUE IMPOSSIBLE. LA CATAPLEXIE TRADUIT, A LA SUITE DE L'ÉMOTION, UNE NOUVELLE DÉSADAPTATION DANS LE DÉFAUT DE RÉGULATION DES MANIFESTATIONS ÉMOTIONNELLES. L'ÉMOTION NE PEUT PAS S'EXPRIMER PAR SON CORTÈGE DE SIGNES HABITUELS. IL Y A UNE EXPRESSION PATHOLOGIQUE DE L'ÉMOTION ELLE-MÊME DANS LA DISSOLUTION TONIQUE.

L'émotion exige, pour se produire, une élévation du tonus musculaire ; elle doit provoquer, dès son déclenchement, une activité hors de proportion avec les capacités du sujet. Les émotions joyeuses (parmi les plus fréquentes dans les causes précédant la cataplexie) présentent un rythme particulier : à une période de contention, de préparation plus ou moins longue avec hypertonie, fait suite une détente assez brusque. *Il est possible que cette contention trop coûteuse entraîne une chute brutale du tonus, ordinairement compensée en raison d'une intervention du contrôle exercé par les connexions corticales.*

Les crises de cataplexie spontanées, survenues en apparence sans aucune connexion émotive, traduisent la difficulté éprouvée par le sujet à bien intégrer le processus de réadaptation. Provoquées par un effort de toux, un éternuement, un faux pas, etc..., il y a chaque fois une rupture de l'équilibre mouvant qui ne peut être rétablie. A la limite de la labilité nerveuse, les accès éclatent sans aucune motivation.

Les accès cataplectiques, qui surviennent au réveil et à l'endormissement, montrent la coordination défectueuse des fonctions toniques et hypniques. Au réveil, le cortex mal intégré permet une reprise de l'activité vigile, alors que la tonicité n'est pas encore récupérée : il y a décalage. A l'endormissement, la désintégration des fonctions se fait en sens inverse, favorisée par le passage de la position debout à la position couchée. Il faut tenir compte, dans la cataplexie nocturne et du réveil, du rôle de l'activité onirique où l'imagerie peut reproduire des émotions vécues.

La fragilité de l'activité nerveuse supérieure s'objective aussi bien par les troubles toniques que par les troubles hypniques. L'émotion est coupée parfois dans son déroulement normal par

une crise de sommeil. Le narcoleptique, qui lutte contre la désadaptation du sommeil en plein jour, tombe en cataplexie : la désintégration a été réalisée à un niveau intermédiaire. Les crises narcoleptiques marqueraient un degré de désinsertion des connexions cortico-sous-corticales plus complet que la cataplexie.

Le cataplectique lutte contre la défaillance des centres nerveux ; *il essaie de fuir les sources de désadaptation : jeux, farces, parties de chasse... Il se compose des attitudes défensives : il rit du bout des lèvres ou se contente de sourire. Des manœuvres sont employées : pincement, attouchement, pression musculaire, pour le « réveiller » ; ces stimuli sont le point de départ d'une vague hypertonique qui vise à rétablir l'équilibre. Ce sont là des tentatives de renforcement du pouvoir inhibiteur du cortex.*

D'autre part, *la dissolution de niveau des fonctions supérieures est reliée à des modifications des rythmes métaboliques et des échanges cellulaires.* Le sommeil, processus de repos et de récupération, paraît chez ces sujets plus nécessaire, parce que sollicité par une organisation nerveuse épuisée dans les efforts d'équilibration rapides et fréquents. La narcolepsie pourrait apparaître chez ces sujets comme un processus de défense dont l'autre versant serait la cataplexie. Le fonctionnement à un niveau au-dessous du normal se projette par un comportement qui paraît déficient dans le cadre du rythme de vie quotidien. Mais peut-être que ce sont là procédés pour échapper à un épuisement trop massif.

L. van Bogaert explique les troubles toniques par une diminution du pouvoir de freinage des centres supérieurs. Ces paroxysmes toniques constituent pour l'auteur des symptômes et non une maladie : « Ce sont des modes de réaction motrice que l'organisme met en jeu dans des circonstances très variées. » Van Bogaert insiste sur le tempérament particulier de ces sujets, dont l'attaque tonique est une des caractéristiques constitutionnelles, et il a décrit des cas héréditaires et familiaux.

Quoi qu'il en soit, il s'agit bien des symptômes traduisant une déficience des fonctions nerveuses supérieures, analogue à celle qui se rencontre dans certains troubles névrotiques ou psychotiques. Pour Henri Ey, en ce qui concerne les troubles psychiques en rapport avec les émotions, ce qui est essentiel, c'est la « fragilité du terrain », la « dissolution fonctionnelle », qui ne permet pas de réduire la catastrophe et d'éviter le dérèglement émotif pathogène. *L'émotion se produit parce que le terrain sous-jacent le permet, parce que ses possibilités d'adaptation sont insuffisantes.*

Quel que soit le processus sous-jacent envisagé, la baisse de niveau de l'activité nerveuse supérieure s'extériorise par l'émotion intempestive d'abord, et par le dérèglement des composantes physiologiques de l'émotion ensuite : le tout constituant la cataplexie.

D) LA CATAPLEXIE ET LES THÉORIES DE L'ÉMOTION

Pour terminer, nous rappellerons brièvement quelques-unes des théories de l'émotion où nous intégrerons les renseignements apportés par l'étude de la cataplexie.

D'après la théorie de James et Lange, un objet, générateur d'émotion, suscite des processus perceptifs dans le cerveau qui aboutissent immédiatement à un comportement émotionnel. Les modifications somatiques qui caractérisent ce comportement provoquent des influx sensoriels qui se rendent au cerveau, dont la prise de conscience constitue l'émotion. Sans discuter inutilement cette conception, nous dirons que les phénomènes cataplectiques qui ne correspondent pas au comportement émotionnel, et l'empêchent même de se produire, n'évitent pas pour autant le retentissement émotionnel.

Avec Head, nous abordons les théories thalamiques de l'émotion. L'observation de malades porteurs de lésions thalamiques a montré chez eux une prédisposition aux troubles émotionnels. Head conclut à l'existence dans le thalamus d'un centre de l'émotion. Toutefois, il réservait au cortex la perception consciente.

Cannon et Bard situent le centre émotionnel dans la région hypothalamique. De là, les influx vont directement au cortex pour éveiller l'expérience émotive (la subjectivation de l'émotion), en même temps que d'autres influx déclenchent le comportement somatique et autonome. Le striatum joue le rôle essentiel dans la coordination et l'intégration de la mimique émotionnelle ; le thalamus participe en grande partie, sinon seul, à la conscience des émotions.

Le rôle de l'hypothalamus est affirmé par les expériences animales et les données neuro-chirurgicales. Massermann pose le problème de l'hypothalamus en tant que centre émotionnel et conclut à son rôle de relais moteur prépondérant, sinon exclusif.

Parmi les auteurs italiens, Buscaino fait des noyaux diencephaliques le « primum movens » de l'émotion, et l'origine du tonus affectif. Il y a une indépendance absolue par rapport au cortex. Hascovek va encore plus loin et place dans ces noyaux le centre de la conscience.

Salmon, lui, place le cortex à l'origine de l'énergie affective et lui reconnaît un rôle important dans l'expression émotive par les centres vaso-moteurs ; les noyaux diencéphaliques renforcent le tonus affectif d'origine corticale. L'émotion naît au niveau du cortex et les autres formations nerveuses ont seulement un rôle adjuvant.

Pellacani fait participer tous les centres de coordination nerveuse (sympathiques, mimiques, musculaires), qui assurent la régulation de l'expression émotionnelle et donnent comme résultante une commotion des centres supérieurs, coordination corticale dont l'aspect psychique constitue l'émotion.

Ce bref rappel nous montre l'arbitraire d'une dissociation, chez l'homme, des centres de l'émotion en cortex et sous-cortex. Pour expliquer un phénomène aussi complexe, on ne peut pas schématiser l'ensemble fonctionnel dont il participe. Jackson et Monakow ont bien montré qu'il ne faut pas superposer la localisation d'une lésion et d'une fonction.

Les faits expérimentaux montrent, chez l'animal, des modifications notables de la réactivité aux stimuli émotionnels, lorsque le cortex seul est enlevé. Les animaux décortiqués présentent des réactions coléreuses, accompagnées d'une vigoureuse activité musculaire à la moindre stimulation. Il faut donc reconnaître au cortex une certaine action inhibitrice (Morgan). Nous ne saurions trop rapprocher ces faits des modifications caractérielles que nous avons rapportées dans nos observations.

Chez les animaux décortiqués, le comportement émotionnel est mal dirigé, il manque de coordination. L'animal décortiqué oublie les sources de l'émotion ; le chien sans cortex ne tient pas rigueur au sujet qui lui a administré le mauvais traitement, source de la colère ; nous dirons qu'il ne s'est pas constitué de réflexe conditionné de défense. Morgan note la minimisation du comportement émotionnel en l'absence du cortex. Ainsi, chez les cataplectiques, le comportement émotionnel est diminué ou même aboli et remplacé par une dissolution tonique aberrante.

Pour Morgan, il y a plusieurs sortes d'intégration aux différents niveaux du système nerveux, et aucun noyau ne peut être considéré comme le centre exclusif du comportement émotionnel. Mais, les expressions les plus complètes qui impliquent la retenue de l'émotion et, ultérieurement, son maintien, et qui comprennent un comportement dirigé vers le stimulus générateur de l'émotion, exigent l'intégrité du cortex cérébral.

Au cours du stade émotionnel de l'enfant, on constate dans les

premiers mois une hypertonicité caractérisée : les « colères » de l'enfant. Cette hypertonicité est due à un défaut de contrôle cortical. Mais l'hypertonicité n'est pas totalement indépendante des systèmes moteurs. On la voit survenir, en effet, quand il y a impossibilité de mener un mouvement à son terme : immobilisation de Watson, ou quand un instinct ne peut pas fonctionner librement (interruption de la tétée, par exemple), ou quand il y a disparition du stimulus agréable (départ de la mère au troisième mois), ou quand l'enfant ne peut atteindre un objet qu'il se préparait à saisir (cinquième mois).

La tonicité émotionnelle paraît donc chez l'enfant être en interaction avec la motricité et les activités extéroceptives. Ceci laisse supposer que l'organisation de l'émotion en une fonction n'est pas commandée par les seuls centres optostriés, mais par leurs interréactions avec les centres corticaux.

L'évolution ultérieure des émotions obéit à deux processus fondamentaux, qui sont étroitement liés : le conditionnement et la maturation nerveuse.

Le conditionnement a été mis en évidence principalement par Watson. Les émotions ne sont pas des réactions à des stimuli définis, mais à l'ambiance. On constate que le contentement et l'avidité surtout, mais aussi le mécontentement, et la peur primitive peuvent se produire sur présentation d'un stimulus conditionnel. On rencontre dans certaines observations de cataplexie la présence de ce phénomène.

L'importance de ce processus est considérable. D'une part, les réactions sensori-motrices d'adaptation paraissent préparées par des phénomènes de contentement ou d'avidité conditionnels. D'autre part, il se crée des complexes émotionnels, une émotion peut servir de stimulus conditionnel à une autre : ainsi, par exemple, le mécontentement provoqué par le départ d'une personne pourra apparaître comme lié à un contentement. Si les cris provoquent le retour de l'adulte, on aura la réclamation, mécontentement modulé de contentement : le conditionnement sera, dans ce cas, la source d'émotions nouvelles.

Il existe un autre processus de transformation des émotions ; sous *l'influence de la maturation*, de nouvelles réactions d'adaptation deviennent possibles ; les conséquences sur la vie émotionnelle en sont de deux ordres :

a) une liquidation de l'hypertonicité selon des types nouveaux et multiples ; diminution chez l'enfant normal des réactions de mécontentement ; orientation de l'hypertonicité dans des réac-

tions plus complexes, qui ont pour effet de reproduire une tonicité plus régulière. Institution d'échanges cortico-sous-corticaux plus harmonisés : régulation du mécontentement, de l'impatience, de l'avidité et même du contentement ;

b) on note aussi, en fonction des progrès sensori-moteurs, la constitution de nouveaux équilibres entre situations de mieux en mieux définies et types de réaction d'adaptation. L'apparition de situations nouvelles désadaptantes, loin de provoquer des réactions émotionnelles primitives, provoque des émotions nouvelles : la peur apparaît vers le onzième mois, la colère agressive vers le douzième mois ; elles sont respectivement différentes du tressaillement et du mécontentement. Ce qui les caractérise, c'est qu'elles comportent des modulations en fonction de perceptions signifiées de façon conditionnelle ; elles obéissent à un certain contrôle cortical dans la totalité ou dans une fraction de leur déroulement.

En somme, le diencéphale peut être considéré comme un siège-palier des émotions, en ce sens qu'il commande les réactions partielles qui y interviennent, et reçoit les incitations affectives. Mais l'organisation des émotions, cette intégration de plusieurs réactions qui caractérise chacune d'elles, semble exiger encore autre chose : un échange cortico-sous-cortical.

L'étude de la cataplexie confirme cette hypothèse. *La cataplexie montre que le fonctionnement de l'émotion, même dans ses formes hypotoniques, n'est jamais exclusivement diencéphalique. La régulation normale des émotions nécessite l'intégrité des connexions cortico-sous-corticales.*

D'autre part, *l'état de lucidité du cataplectique, pendant la crise*, semble indiquer que le « centre vigile » n'est pas atteint, ou bien plus vraisemblablement que *la conscience est corrélatrice du fonctionnement cortical dans son ensemble.*

L'émotion dans sa structure totale dépend des niveaux d'adaptation du sujet : *de son organisation corticale, ce qui, en définitive, est la construction de l'homme lui-même.*

SOCIÉTÉ MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 8 mars 1954

Présidence : M. B. LOGRE

PRÉSENTATIONS

Un cas de sarcomatose méningée,
par MM. L. MARCHAND, J. ACHALLE et J. PERRIN.

La sarcomatose méningée consiste en un processus néoplasique rare qui présente les plus grandes difficultés de diagnostic. Son caractère méningé diffus, intéressant surtout la pie-mère, son évolution rapide se traduisent par des symptômes qui simulent de nombreuses affections neuro-psychiatriques. L'examen même de l'encéphale sur la table d'autopsie ne donne aucune indication précise et il faut avoir recours à l'examen microscopique pour déceler les lésions qui ont entraîné la mort. L'observation suivante en est un exemple.

OBSERVATION. — M. H... René, marchand de journaux ambulant, âgé de 62 ans, entre à l'hôpital psychiatrique de la Charité, le 17 octobre 1953.

Les troubles avaient commencé vers le 10 octobre. Ce fut d'abord une céphalée occipitale que le malade compara à un tiraillement de cheveux, « comme si quelqu'un me tirait les cheveux avec force ». Cette douleur irradiait le long du rachis jusqu'au niveau des premières vertèbres dorsales. Elle obligea le malade à cesser son travail aussitôt. Il se coucha. Les jours suivants, la céphalée augmenta d'intensité, s'accroissant progressivement et très rapidement ; elle devient atroce, entraînant l'insomnie et retentissant sur l'état général : diminution de l'alimentation, état dépressif. Quelques jours avant l'hospitalisation, elle se caractérisait par son rythme : sur un fond de gêne continue, survenaient des paroxysmes douloureux pouvant durer une heure, suivis d'une sédation spontanée durant également une heure environ, mais suivie aussitôt d'un nouveau paroxysme douloureux. Les analgésiques agissaient incomplètement et temporairement. Cependant,

apparaissaient des troubles de la statique, que le malade attribuait à « la faiblesse » ; « ce sont des vertiges, disait-il, tout tourne ». Il signalait spontanément que les paroxysmes douloureux coïncidaient avec les paroxysmes vertigineux.

Un neurologue consulté demandait immédiatement un examen du fond d'œil, qui décela un œdème papillaire bilatéral. Le diagnostic de tumeur cérébrale était porté, et le spécialiste conseillait à la famille l'entrée dans un service neuro-chirurgical de la région parisienne. Des difficultés financières, l'éloignement, firent placer le malade à l'hôpital psychiatrique de la Charité, son état commençant à s'affaiblir.

Le jour de son admission, M. H... se plaignait essentiellement de ses céphalées, dont les paroxysmes douloureux, nous disait-il, étaient atroces, et de perte de l'équilibre. A l'examen psychiatrique, il paraissait déprimé et légèrement confus, désorienté surtout. Il ne parlait que de sa douleur.

Examen neurologique : pas de déficit musculaire mais une diminution de force légèrement plus grande à gauche qu'à droite. Les réflexes ostéo-tendineux étaient diminués bilatéralement aux membres supérieurs ; aux membres inférieurs, le rotulien droit était plus vif que le gauche, les réflexes achilléens étaient diminués. Les réflexes cutanés crémastériens et abdominaux étaient légèrement diminués ; pas de signe de Babinski.

Les sensibilités superficielles étaient normales à tous les segments. Pas d'anomalie notable des nerfs craniens, pas de paralysie faciale en particulier. Pas de signe d'Argyll-Robertson. Pas de signe de Romberg, mais une légère tendance à la rétropulsion ; les réflexes d'équilibration persistaient. Pas de troubles trophiques ou de troubles sphinctériens.

Le malade signalait une acuité visuelle moindre à gauche et une hypacousie à gauche mais datant, disait-il, d'assez longtemps.

Examen cardio-vasculaire : si l'auscultation montrait des bruits très assourdis, presque inaudibles, le pouls ferme, dépressif et régulier, était très ralenti, à 44-46 à la minute. La tension artérielle était à 17-8 au Vaquez.

Examen pulmonaire : rien d'anormal.

Examen gastro-entéro-hépatologique : la langue saburrale ; très léger subictère ; foie sensible à la palpation ; la famille signalait que le malade buvait une quantité un peu excessive de vin rouge depuis assez longtemps. Il n'avait pas de nausées, ni de vomissements, mais des régurgitations « amères ».

Antécédents. — Nous n'avons eu que peu de renseignements sur son histoire. M. H... n'a suivi que peu de temps l'école, mais il ne présente pas d'arriération intellectuelle. Congestion pulmonaire à 27 ans. Les circonstances (guerre, chômage, etc...) l'avaient obligé à changer plusieurs fois de profession et il avait fini comme marchand de journaux ambulant, ce qui lui permettait d'ailleurs de gagner assez bien sa vie. Il est marié ; sa femme est en bonne santé et il a un enfant de 35 ans, également bien portant.

Une radiographie cranienne faite le surlendemain de son admission ne montrait aucune modification importante. Cependant, la stase pupillaire persistait à l'examen du fond d'œil.

L'examen hématologique fait le 21 octobre donnait : 4.000.000 d'hématies par mm³, 14.000 leucocytes par mm³, dont la formule était : 16,5 % de lymphocytes ; 5 % de monocytes ; 78 % de polynucléaires neutrophiles ; 0,5 % de polynucléaires éosinophiles. L'urée sanguine était à 0 gr. 40. Légère albuminurie à 10 cgr. Examen cytologique négatif.

Le malade se plaignait moins de sa céphalée. Il n'avait présenté aucun vomissement. Le pouls était remonté à 70 par minute.

L'avis du neuro-chirurgien était pris sur l'utilité d'une ventriculographie. L'état du malade contre-indiquait une intervention chirurgicale. L'histoire de la maladie faisait alors pencher le diagnostic clinique vers l'hypothèse d'une encéphalite ou d'une affection vasculaire plutôt que d'une tumeur. La ventriculographie ne fut pas faite. La confusion mentale s'accroissait.

Le 23 octobre, au réveil, on constatait une hémiplegie complète droite avec

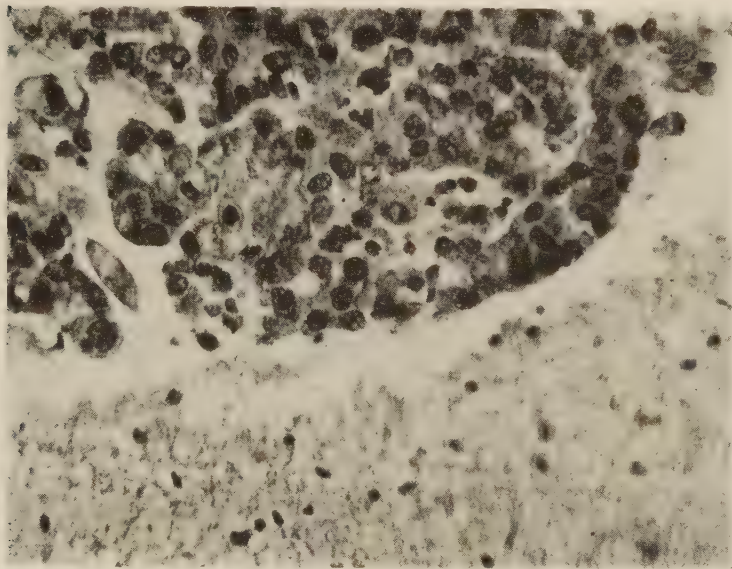


FIG. 1. — Pie-mère infiltrée de cellules tumorales. Méthode de van Gieson. Microphotographie D = 420

aphasie. L'état déclinait d'une manière extrêmement rapide, l'alimentation était difficile. Le malade était turbulent, confus.

A partir du 24, s'installa progressivement un état comateux, malgré les traitements commencés dès le lendemain de son admission : injection intraveineuse de sulfate de magnésium, novocaïne à 10 % ; sérum glucosé isotonique, solurutine. La tension s'abaissait peu à peu.

Le 25, le malade déglutissait très difficilement et présentait un début d'escarre.

Le 26, la température montait à 38° puis, après quelques heures, à 39°. Il décédait à 2 h. 10 du matin le 28 octobre.

Examen macroscopique. — A l'ouverture de la boîte crânienne, on notait des adhérences de la dure-mère des deux côtés de la faux du cerveau. La méninge était tendue, et dès sa section, une quantité importante de liquide céphalo-rachidien s'en écoulait. Le cerveau, d'une coloration normale, était cependant très vascularisé sur toute sa surface, veinules et artérioles dilatées.

On constatait l'existence de quelques hémorragies pie-mériennes prédominant le long des bords de la scissure interhémisphérique. A l'examen macroscopique, le cerveau paraissait normal, ses dimensions, son poids. Les diverses coupes du cerveau ne décelèrent aucun aspect macroscopique tumoral ; les substances blanche et grise apparaissent de consistance sensiblement normale. Il n'y avait pas de dilatation ventriculaire. Les orifices étaient perméables. Le tronc cérébral ne présentait aucune anomalie.

L'hypothèse d'encéphalite pseudo-tumorale fut posée, et un prélèvement

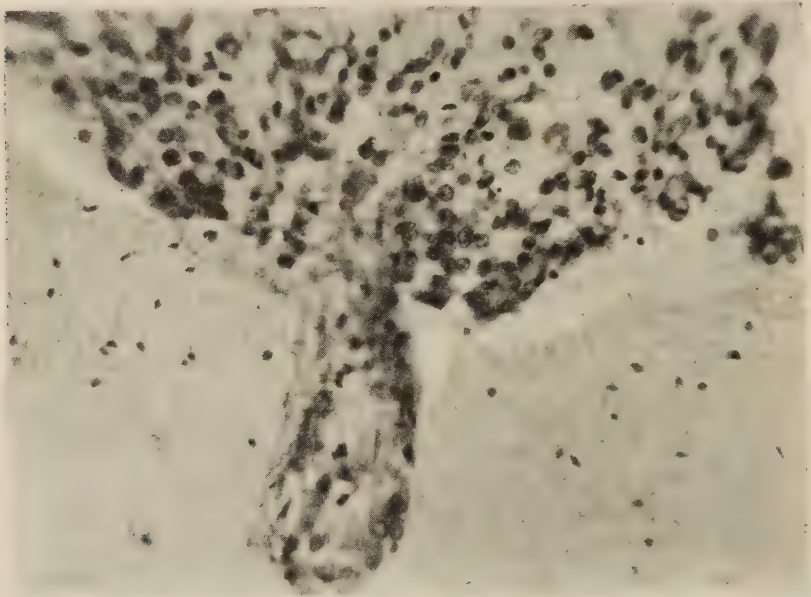


FIG. 2. — Vaisseau pie-mérien pénétrant dans le cortex et engainé de cellules tumorales. Méthode de van Gieson. Microphotographie D = 325

de la région pariéto-temporale droite fut envoyé au laboratoire pour examen anatomo-pathologique.

Examen histologique. — Méninges. Pie-mère : la pie-mère, très épaisse, est infiltrée dans sa totalité par les cellules néoplasiques ; elle ne contracte aucune adhérence avec le cortex cérébral. Suffusions sanguines en nappe entre la pie-mère et le cortex par endroits.

La disposition des éléments tumoraux et leurs formes varient suivant que l'on examine la pie-mère en allant de l'intérieur à l'extérieur (fig. 1 et 2).

Au niveau où la pie-mère est en contact avec le cortex, les cellules néoplasiques, tassées les unes contre les autres, prennent par place une disposition plus ou moins régulière ; elles ont une forme arrondie ou ovale, sont de dimensions diverses ; elles renferment un noyau volumineux très riche en grains chromatiques. Leur protoplasma, légèrement granuleux, prend peu les colorants acidophiles ou basiques. Au-dessus de cette couche, les

cellules s'écartent les unes des autres, ont un aspect polymorphe, conservant un noyau arrondi et chromatique. Quelques-unes sont multinucléées. Elles infiltrent les fibres pie-mériennes, qui sont distendues sans aucune prolifération conjonctive. Présence de cellules monstrueuses en voie de mitose (fig. 3). La couche la plus externe est formée de cellules rondes, volumineuses, qui deviennent d'autant plus séparées les unes des autres que l'on examine les couches les plus superficielles, le noyau devient excentrique et s'accole sous forme de croissant à la périphérie de la cellule. Les vaisseaux de la pie-mère sont entourés par ces éléments sans réaction notable lympho-

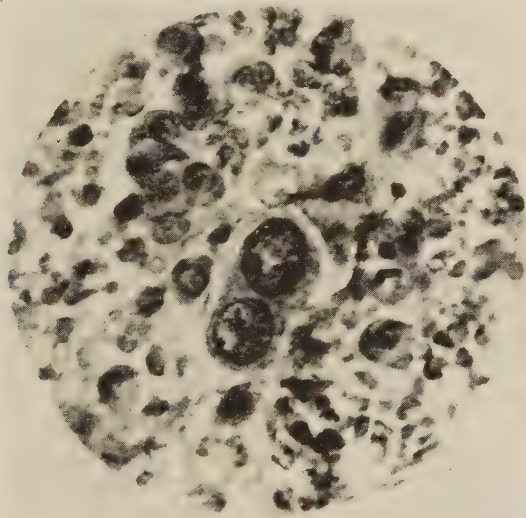


FIG. 3. — Cellules tumorales monstrueuses en voie de mitose
Méthode de van Gieson. Microphotographie D = 540

plasmocytaire. Par places, nappes sanguines diffuses sans parois propres donnant l'aspect d'un hémangiome.

Aucune inclusion cellulaire ; aucun élément microbien n'a pu être mis en évidence sur les coupes histologiques.

Le tissu néoplasique reste toujours nettement séparé du cortex cérébral, mais autour des vaisseaux, quand ils pénètrent dans le cortex, on peut observer un manchon peu épais de cellules tumorales ; cette propagation reste toujours peu profonde.

Cortex : prolifération névroglique caractérisée par le développement des corps protoplasmiques des macrogliocytes ; cette gliose s'étend profondément dans les couches corticales, la microglie ne paraît pas modifiée. Les cellules ganglionnaires sont atteintes de lésions aiguës. Quelle que soit la couche observée, leur cytoplasma reste presque incolore par les méthodes électives, ne renfermant qu'une fine poussière granuleuse ; les noyaux ne paraissent pas altérés. Les cellules satellites sont augmentées de nombre.

Aucune lésion vasculaire, soit dégénérative, soit inflammatoire. Présence de plaques séniles en petit nombre.

En résumé, l'affection s'est traduite tout d'abord par de violents maux de tête, des vertiges et un œdème papillaire bilatéral. Le diagnostic de tumeur cérébrale fut alors posé. Un état confusionnel sans troubles neurologiques importants fit orienter ensuite le diagnostic vers l'hypothèse d'une encéphalite ou d'une affection vasculaire. L'état confusionnel s'accrut, puis apparut une hémiplégie droite avec aphasie, et la mort survint seize jours après le début apparent des troubles. L'autopsie ne révélant aucune lésion cérébrale macroscopique, un prélèvement de la région pariéto-temporale droite du cerveau fut envoyé au laboratoire de l'hôpital Henri-Rousselle, où l'examen microscopique autorisa le diagnostic de sarcomatose méningée.

Cette observation entraîne les considérations suivantes sur cette affection, qui survient chez des sujets en pleine santé, sans antécédents syphilitiques ou tuberculeux. Les diagnostics les plus divers sont posés suivant la variété des symptômes : méningite tuberculeuse, méningite cérébro-spinale, artério-sclérose cérébrale, tumeur méningée, tumeur cérébrale, paralysie générale, etc... La rapidité de l'évolution, qui varie de quelques mois à quelques jours, est une des caractéristiques de la maladie. Seul l'examen du liquide céphalo-rachidien permet d'apporter des données importantes pour le diagnostic. Le liquide a souvent un aspect xanthochromique ; la réaction albumino-cytologique est nette, le benjoin précipité dans la zone méningée ; mais la constatation la plus caractéristique consiste en la présence de cellules tumorales énormes avec cytoplasma clair, boursoufflé, noyau volumineux hyperchromatique [cas de Dufour (1), de Sicard et Gy (2), d'Opalski (3), de Lemierre et Boltanski (4)].

Cette affection est rare et l'un de nous (5), dans sa longue carrière d'anatomo-pathologiste, n'en a observé que deux cas. Il y en a certainement qui ne sont pas diagnostiqués parce que, en présence d'un tableau clinique laissant craindre l'évolution d'une tumeur cérébrale, on hésite à pratiquer la ponction lombaire.

Du point de vue anatomo-pathologique, il est curieux de relever que l'infiltration tumorale diffuse pie-mérienne a peu de tendance à

(1) H. DUFOUR. — Méningite sarcomateuse diffuse avec envahissement de la moelle et des racines. Cytologie positive et spéciale du liquide céphalo-rachidien. *Revue de neurologie*. t. XII, 1904, p. 104.

(2) SICARD et GY. — Méningite sarcomateuse à prédominance bulbo-protubérantielle. Cytodiagnostic rachidien néoplasique. *Société de neurologie*, 5 novembre 1908.

(3) OPALSKI. — Cas d'infiltration diffuse néoplasique des méninges. *Société de neurologie de Varsovie*, 21 janvier 1928.

(4) A. LEMIERRE et E. BOLTANSKI. — Un cas de méningite cancéreuse. *Société de médecine des hôpitaux*, 3 mars 1929.

(5) L. MARCHAND et J. PICARD. — Sarcomatose méningée diffuse primitive. *Société anatomique*, 7 novembre 1929; — L. MARCHAND et G. DEMAY. — Psychose hallucinatoire chronique et sarcomatose méningée. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Alger 1938.

envahir le cortex cérébral [Bronfman et Reumont (6)]. Quand on note quelques cellules tumorales autour des vaisseaux méningés qui pénètrent dans le cortex, cette périvasculature sarcomateuse reste généralement cantonnée à la région superficielle de la couche moléculaire. La classification de cette infiltration méningée tumorale prête à discussion et certains auteurs lui donnent le nom de carcinomatose méningée. Parmi les cas publiés, il s'agit vraisemblablement de formes de nature différente. On devrait réserver le nom de sarcomatose méningée aux cas dans lesquels il n'existe pas de tumeur viscérale ayant pu se propager à la leptoméninge et dans lesquels la diffusion des lésions peut s'étendre, non seulement à la pie-mère cérébrale, mais aussi à la pie-mère de la moelle.

**Tumeur hypophysaire (confirmation anatomique),
par MM. X. ABÉLY et L. MARCHAND.**

Le cas dont nous vous présentons les constatations anatomiques a fait l'objet de plusieurs communications à la Société d'endocrinologie (en 1946 par E. May et ses collaborateurs, en 1952 par X. Abély et Borenstein) et à la Société médico-psychologique (en 1947 par X. et P. Abély et Mme Sauguet).

OBSERVATION. — Il s'agissait d'un syndrome acromégalique, associé à d'autres troubles endocriniens relevant d'une tumeur de l'hypophyse antérieure. La lenteur du processus tumoral a permis de suivre assez exactement l'évolution du syndrome. Le début, qui avait été précédé d'un épisode fébrile de nature mal déterminé, se situe en 1939, alors que le malade avait 42 ans. Les premiers symptômes apparents avaient été l'atrophie des testicules, la chute des poils, la diminution de l'instinct génésique, une bouffée de diabète. A peu près à la même époque ou très rapidement après étaient apparues les modifications initiales du crâne et des extrémités. Cependant, le malade n'était hospitalisé à Tenon qu'en 1946. A ce moment, le syndrome acromégalique était au complet après une lente progression. Lorsque le sujet a été interné, quelques mois après, les déformations classiques se présentaient avec une ampleur considérable : tête volumineuse, arcades sourcilières saillantes, nez et oreilles élargis, langue énorme, lèvres épaisses, mains en battoir, pieds massifs, chevilles et genoux fortement élargis, cyphose. En même temps, on retrouvait l'atrophie testiculaire, l'absence complète de poils en toutes régions, la glycosurie et la glycémie d'ailleurs assez légères, l'aspect infiltré et blafard du visage. Il est important de signaler que la tension artérielle s'est maintenue à 13,7 ou 13,9. En somme, on constatait, compte tenu des interréactions hormonales stimulantes ou freinatrices, une insuffisance de fonctionnement des stimulines thyroïdiennes, testiculaires et

(6) S. BRONFMAN et M. REUMONT. — La sarcomatose méningée primitive (étude clinique et histopathologique). *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, t. XLVII, fascicule 12, décembre 1947, p. 729.

cortico-surrénales, c'est-à-dire des formations cellulaires basophiles et une hyperactivité de la fonction somatotrope, c'est-à-dire des formations cellulaires acidophiles. Cette association est assez rare, du moins au début de l'acromégalie, où l'on constate le plus souvent, au contraire, de l'hyperthyroïdie et du virilisme.

Des recherches biologiques multiples et répétées, nous retiendrons les plus suggestives : éosinophilie normale (1,5 %) ; phosphore sérique normal (39 mgr.) ; métabolisme basal diminué (à — 17, puis variant de — 5 à — 10) ; légère hypercholestérolémie (2,14) ; test de l'iode radioactive (normal) ; F.S.H. diminué ; 17-cétostéroïdes très abaissés ; 11-oxycorticoïdes normaux ; épreuve de Thorn à l'A.C.T.H. donne une réduction faible des éosinophiles ; épreuves d'hyperglycémie et d'hypoglycémie provoquées : courbe nettement diabétogène avec insulino-résistance relative.

Une bonne part de ces recherches montrait l'origine hypophysaire antérieure des insuffisances endocriniennes observées.

L'étiologie tumorale était devenue évidente. Des manifestations de compression du voisinage se traduisaient par des troubles de la vision, surtout marqués du côté gauche (rétrécissement du champ temporal supérieur, diminution de l'acuité visuelle, aspect d'atrophie optique). Aucun autre signe neurologique n'était d'ailleurs appréciable. La radiographie montrait un élargissement énorme de la selle turcique avec disparition des clinoides postérieures et enfoncement profond dans le sphénoïde. L'électro-encéphalogramme présentait un tracé très anormal. La tumeur, de plus en plus envahissante et destructive, entraînait une insuffisance endocrinienne générale, aussi bien dans la sphère acidophile que basophile. Une cachexie progressive rappelant le syndrome de Simmonds s'était installée, qui aboutit à la mort en 1953, après 14 ans d'évolution.

Il est intéressant de remarquer que les troubles mentaux ont suivi une marche qui a concordé avec celle des troubles hormonaux. Cet homme, jusque-là normal, était d'abord devenu asthénique, apathique, avec des moments d'irritabilité. Avec le développement du syndrome acromégalique, il s'était montré de plus en plus turbulent, instable, violent ; il s'était mis à boire ; sa femme avait dû le quitter. C'est en raison de cette excitation que le malade avait dû être interné. Plus tard, nous l'avons vu tomber peu à peu dans un état de ralentissement physique et psychique d'inertie, de somnolence, d'indifférence. Parallèlement à ces diverses modifications de l'activité, s'est lentement établi un affaiblissement psychique progressif marqué d'abord par une déchéance professionnelle et sociale, puis par des troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement, pour aboutir à une véritable démence. Il faut signaler de plus l'existence d'éléments confusionnels et oniriques, d'hallucinations visuelles et de troubles cénesthésiques, surtout cérébraux (des bêtes s'agitaient dans sa tête). En somme s'est réalisé, avec cependant un retard marqué, le tableau classique des tumeurs cérébrales.

L'évolution typique du processus tumoral peut prêter à diverses hypothèses, du fait de l'antériorité au moins apparente et d'ailleurs très brève des insuffisances endocriniennes variées par rapport au syndrome hyper-somatotrope. La sphère basophile a-t-elle été la première lésée, provoquant une flambée réactionnelle de la sphère acidophile ? Ou bien la tumeur primitivement acidophile mais lentement envahissante a-t-elle entraîné à la fois un hyperfonctionnement somatotrope d'abord discret et une compression inhibitrice, en réalité secondaire mais initialement plus spectaculaire,

de la sphère basophile ? Divers indices semblent faire pencher vers cette dernière hypothèse (notamment la précocité de l'effet diabétogène, dont on connaît l'affinité avec l'effet somatotrope ; les variations de certains symptômes d'origine basophile qui démontraient un ralentissement plutôt qu'une destruction). Le diagnostic le plus longtemps porté avait été celui d'adénome éosinophile. Mais on pouvait se demander par la suite s'il ne s'agissait pas d'une tumeur plus maligne bien qu'assez lentement progressive, finissant par envahir et détruire complètement toute l'hypophyse ou si l'adé-

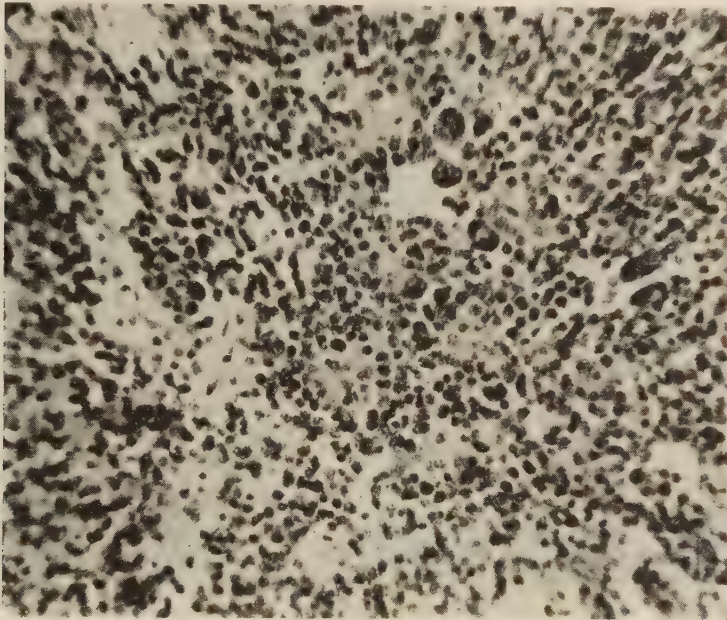


FIG. 1. — Hypophyse. Epithélioma avec cellules légèrement acidophiles. Présence d'éléments avec noyaux monstrueux. Méthode de van Gieson. Microphotographie D = 325.

nome ne s'était pas transformé en une tumeur de ce genre. C'est ce qu'a confirmé la vérification anatomique.

Examen macroscopique. — Les méninges sont congestionnées. Présence d'une tumeur située à la base du cerveau, comprimant le chiasma optique, les première et deuxième temporales droites dans leur moitié postérieure, les péduncules cérébraux et la face supérieure du cervelet. La selle turcique est très élargie et érodée sur sa moitié droite. Sur coupes transversales, les noyaux gris centraux ont un volume normal. Légère dilatation de la corne occipitale du ventricule droit.

La tumeur pèse 34 gr., elle est de consistance encéphaloïde ; sa moitié droite a un aspect bosselé et présente à sa surface des productions arrondies, dont les plus grosses ont la dimension d'un gros pois ; elle est revêtue

d'une coque. Sur coupes, elle a une coloration blanchâtre avec des zones hémorragiques disséminées.

Léger athérome de l'artère basilaire. Pas de granulations du plancher du IV^e ventricule. L'hémisphère droit pèse : 567 gr., le gauche 585 gr. ; le cer-velet et le bulbe : 187 gr.

Organes. — *Poumons* : congestionnés et adhérents aux plèvres ; *cœur* : adhérent au péricarde ; pas d'autres lésions ; poids : 440 gr. ; *foie* : 2 kg. 400, légère sclérose, présence d'un petit angiome ; *reins* : droit, 280 gr. ; gau-

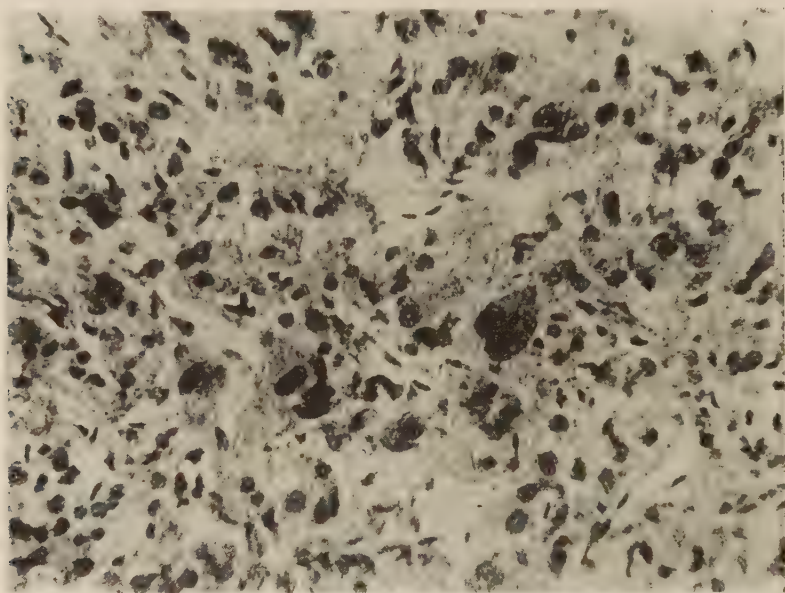


FIG. 2. — Surrénale. Substance médullaire et cellules hyperplasiées
Méthode de van Gieson. Microphotographie D = 420

che, 370 gr., aucune lésion macroscopique ; *rate* : 250 gr. ; rien de parti-culier au tractus intestinal ; *pancréas* : petit.

Examen microscopique. — *Tumeur de l'hypophyse* (fig. 1) ; elle s'est développée aux dépens du lobe antérieur. Elle est formée de petites cellules tassées les unes contre les autres et parfois disposées en rosettes, ou en palissade suivant les axes conjonctivo-vasculaires. Leur protoplasma est légèrement acidophile. Leurs noyaux, arrondis, hyperchromatiques, sont de dimensions diverses, allant de celle d'un lymphocyte à celle d'un gros mono-nucléaire. Certaines cellules ont plusieurs noyaux, d'autres présentent des mitoses atypiques. Présence de cellules énormes renfermant plusieurs noyaux monstrueux hyperchromatiques. Le tissu est très vascularisé ; dans cer-taines zones, il est infiltré de sang et le parenchyme est dégénéré. On note, dans certaines régions de la tumeur, des traces de collagène et des amas de cholestérine. Grains calcaires disséminés dans le tissu tumoral. A la péri-

phérie de la tumeur, des cellules néoplasiques infiltrèrent la pie-mère, qui forme une sorte de coque ; elles entourent les vaisseaux méningés sans pénétrer dans le tissu cérébral. Calcification par endroit de la coque.

Il s'agit d'un épithélioma infiltré.

Encéphale : l'hypothalamus et toute la base du cerveau en contact avec la tumeur sont le siège de lésions diffuses comprenant une réaction lymphoplasmocytaire des vaisseaux, une prolifération des cellules épendymaires sous forme de nodules disséminés sous la couche épendymaire normale, une prolifération des cellules oligodendrogliques comprises dans les faisceaux de fibres des noyaux caudés et des putamens. Les cellules des noyaux gris centraux et celles des thalamus sont très altérées ; leur protoplasma ne prend plus qu'une teinte diffuse uniforme, les noyaux sont excentriques.

Dans les autres régions cérébrales, on ne note aucune lésion méningée, sauf une légère congestion. Les cellules ganglionnaires ont conservé leur ordination ; les cellules de Betz sont peu lésées ; elles renferment de belles granulations chromophiles sans altération de leur noyau. Quelle que soit la région observée, les autres cellules présentent des lésions aiguës. A noter quelques figures de satellitose autour des cellules des couches profondes corticales ; aucune prolifération névroglique. Les vaisseaux sont normaux.

Cervelet : on note une infiltration de la méninge par des cellules néoplasiques au niveau où la tumeur comprimait le cervelet. Comme dans le cerveau, on note la propagation des cellules autour de quelques vaisseaux méningés. Lésions aiguës des cellules de Purkinje. Les cellules des noyaux dentelés paraissent normales.

Bulbe : légère réaction méningée inflammatoire. L'épendyme du plancher du IV^e ventricule a proliféré. Les cellules des olives sont en voie de dégénérescence aiguë. Aucune lésion fasciculaire. Les cellules des noyaux des nerfs craniens sont très altérées ; leurs granulations se sont effritées et certaines ont un cytoplasma vacuolisé.

Les plexus choroïdes sont remplis de calcosphérites ; pas d'autres lésions.

Organes. — *Surrénales* : les trois zones de la substance corticale ont chacune une épaisseur normale. Les cellules de la couche fasciculée renferment de belles enclaves lipoïdiques. Aucune apparence de sclérose. La substance médullaire a un développement énorme (fig. 2). Elle est composée de cellules dont le cytoplasma est bourré de granules ; leurs dimensions sont très diverses, mais la constatation principale est le développement hyperplasique de certaines d'entre elles, qui prennent un aspect monstrueux et qui renferment souvent plusieurs noyaux hyperchromatiques. Son irrigation sinusale est bien développée et le centre est occupé par une veine volumineuse ; *reins* : congestion, pas d'autres lésions ; — *foie* : petit angiome d'origine congénitale, congestion passive, sclérose surtout périportale avec infiltrations de cellules embryonnaires, aucune dégénérescence graisseuse ; — *poumons* : légère congestion diffuse sans infiltration inflammatoire, nombreux amas anthracosiques, bronchioles normales.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — L'affection a duré seize ans ; on peut alors se demander pourquoi un épithélioma, qui est une tumeur maligne, n'a pas entraîné une mort plus rapide. On peut émettre l'hypothèse que la tumeur hypophysaire n'était au début qu'un adénome à cellules acidophiles, tumeur à

évolution lente, et ce n'est qu'après plusieurs années qu'il s'est transformé en épithélioma. On peut aussi remarquer que la tumeur s'est développée sans pénétrer dans le parenchyme cérébral, dont elle est restée séparée par une coque dérivée de la pie-mère. La compression, qu'elle a exercée sur le cerveau, s'est faite lentement et par cela même a été bien tolérée.

Dans les cas d'acromégalie dans lesquels on note, non pas un épithélioma, mais un adénome, il s'agit d'un adénome formé de cellules acidophiles. Il est intéressant de noter que les éléments tumoraux dans notre cas sont aussi légèrement acidophiles et on peut admettre que la tumeur épithéliomateuse a agi de la même façon qu'un adénome acidophile.

Cette observation entraîne une autre considération. Le sujet a présenté un syndrome de Simmonds et on discute encore sur sa pathogénie. Les uns attribuent la cachexie hypophysaire à la tumeur de l'hypophyse, les autres à la compression exercée par la tumeur sur la région tubérienne. Dans le cas actuel, la cachexie hypophysaire ne fut qu'un symptôme tardif ; il semble qu'on peut l'attribuer à la compression que la tumeur a exercée sur la région tubérienne et l'hypothalamus quand son volume est devenu important.

M. X. ABÉLY. — La pathogénie intrasellaire primitive de l'acromégalie est parfois encore sujet à discussion. Tant au point de vue clinique qu'anatomique, il ne peut ici y avoir de doute. La tumeur était bien originairement hypophysaire et les cellules néoplasiques n'ont même pas atteint secondairement le tissu cérébral.

La surprise de l'examen histologique a été la constatation de l'hyperplasie médullo-surrénale. Alors que la plupart des autres glandes endocrines (dont la cortico-surrénale), soumises à l'influence hypophysaire se montraient en état d'hypofonctionnement, la médullo-surrénale donne, du moins anatomiquement, l'impression d'avoir été en hyperactivité. Cette hyperactivité ne s'est d'ailleurs manifestée par aucun signe clinique. Le syndrome d'hyperépiphrie médullaire se traduirait moins par une hypertension artérielle permanente que par une hypertension paroxystique, liée à des crises vasoconstrictives. Nous n'avons rien observé de ce genre chez notre malade et la tension est toujours restée normale. On a attribué aux corticotrophines hypophysaires un rôle dans l'hypertension artérielle (Sélye, Colin et Drouet, Anderson, Page et Li). On pourrait émettre, dans notre cas, l'hypothèse que l'hypotension créée par l'insuffisance des stimulines corticales aurait été compensée par une hyperplasie réactionnelle de la médullo-surrénale.

Amnésie d'évocation élective de l'identité, par M. G. DAUMÉZON et M^{lles} COR, MOOR et NIZARD

OBSERVATION. — Le 26 décembre dernier, au cours d'une nuit pas spécialement froide pour la saison, les agents de la circulation remarquaient, sur le boulevard Saint-Germain, un homme paraissant atteint d'un malaise ; ils le conduisent en voiture à Cochin, où le sujet se dit incapable de retrouver son nom. Il ne porte aucun papier d'identité. Ses vêtements, assez misérables mais propres, ne fournissent aucun indice de provenance. Il en sera de même le lendemain et les jours suivants, pendant lesquels il est examiné par le D^r Plichet. Celui-ci a bien voulu nous faire part de ses observations. Elles concordent avec l'état que nous avons enregistré le 6 janvier, lors de l'arrivée à Sainte-Anne.

A Cochin, une subnarcose au pentothal a permis d'évoquer deux éléments : d'une part, le sentiment de ne pas répondre à une obligation urgente ; d'autre part, la notion d'être attendu à Marseille.

Le sujet parle un français correct avec quelques rares germanismes, un accent germanique nettement atypique. Il possède parfaitement l'anglais et l'espagnol, moins bien l'italien, pas de langue slave. A notre étonnement, il parle et écrit très péniblement l'allemand en faisant des fautes graves (graphie, non germanique). Il résulte des quelques épreuves élémentaires que le sujet pense en français, en anglais ou en espagnol indifféremment. Il connaît manifestement Paris, sauf cependant certains quartiers, pour lesquels existent de véritables lacunes. Il peut retrouver des grandes lignes de l'histoire contemporaine, a une familiarité superficielle avec la littérature française et anglaise. Il déclare s'orienter, depuis le 28 décembre, grâce à la lecture des journaux et calendriers, mais ne peut évoquer *rien* de son passé.

Nous rédigeons à son sujet, après un examen un peu prolongé, le bilan suivant : présente à l'examen une amnésie d'évocation élective de tous les éléments de la personnalité et de toute la vie antérieure. Sujet conscient, orienté. Capable d'acquisitions mnésiques, niveau intellectuel apparemment élevé. Polyglotte. Finesse psychologique. Bon contact affectif. Syntonie. Compréhension rapide, bon jugement de l'attitude d'autrui.

Allègue une conscience pénible de sa situation, un désir de retrouver ses souvenirs. Associations assez rapides, superficielles, généralisées, pouvant traduire une vigilance, mais aussi un maniement particulier de la langue chez un polyglotte. Absence de tout sentiment xénopathique. Relative fatigabilité. Allègue quelques céphalées. Aucun signe neuro-sématique. Fond d'œil normal. Presbytie d'un sujet de 50 ans. Urée, 0,30 ; cholestérol, 2 gr. 30 ; Bordet-Wassermann, négatif ; électro-encéphalogramme, tracé semble normal ; sensible aux stimulations intermittentes, sans image pathologique.

Nous avons affaire à un homme de 50 à 60 ans, assez robuste, sans signe de carence, aux mains excluant l'idée de travail manuel de force. Défèrent, discipliné à la façon habituelle des Germaniques, il se montre capable d'émotion, mais sans aucune grandiloquence, restant toujours dans une exacte mesure. Il décrit avec regret, mais sans amertume, l'atmosphère de suspicion (« tu es un farceur »), dont il est entouré de la part des autres malades et des infirmiers. Aucun élément de la présentation n'évoque le théâtralisme hystérique.

Notre attention est attirée, et nous en tirons des conclusions peu favorables, à l'hypothèse d'une simulation, sur les plans suivants.

a) Le tableau reste très cohérent, sans aucune discordance, au fur et à mesure des jours et, à l'occasion des relations ou des lectures, le sujet récupère quelques souvenirs de lieux, de nom, de personnalités..., etc... Efforts évidents mais discrets de documentation auprès du personnel ou des camarades.

b) Certaines allégations d'amnésie ont un caractère paradoxal pour être insinuées et utilitaires ; l'amnésie de l'allemand dont le sujet est cependant manifestement nourri en est un exemple ; l'amnésie de certaines zones de Paris (la Bastille) ne semblent pouvoir obéir à aucune téléologie utilitaire, alors que le sujet évoque d'autres quartiers sans grand effort.

Nous convînmes avec le malade de le soumettre à divers tests psychologiques sans aucune agression corporelle et d'attendre avec lui le résultat des contrôles policiers, puisque la police venait prendre les éléments d'identification.

Durant tout le mois de janvier et le début de février, le sujet vécut dans

le service, récupérant au gré des rencontres quelques nouveaux souvenirs. La présence d'un Roumain lui permet d'évoquer un séjour en Roumanie puis à Londres pendant la dernière guerre ; la revue des divers pays permit d'établir qu'il se souvenait de voyages en Asie, dans l'Insulinde, en Amérique du Nord et du Sud.

Le Matrix montrait une intelligence supérieure à la moyenne, le sujet se situant au centile 75 ; le Rorschach ne donne pas de traits pathologiques, toutefois on remarque que les réponses sont précises, laconiques, banales, le test est expédié très rapidement et ne met pas en évidence de signes d'anxiété. Au T.A.T., le sujet ne fournit pas d'histoire, ne se projette pas, et se borne à des descriptions de la planche. Le M.M.P.I. donne un profil légèrement pathologique. On trouve avant tout des éléments dépressifs associés à quelques éléments hystériques, quelques éléments de déséquilibre (score T des échelles, Pd et Sc = 68), 21' 384769.

Les D^{rs} Verdeaux ont bien voulu soumettre le sujet à l'enregistrement combiné électro-encéphalogramme-électro-corticogramme. Respiration, réflexe psycho-galvanique. Deux séances d'enregistrement furent faites au cours desquelles, soit le malade était interrogé, soit prié de fournir des associations. Aucun élément utilisable n'a pu être retiré.

Finalement, la préfecture de police nous fournit trois identités correspondant aux caractéristiques enregistrées. Dans une nouvelle séance d'enregistrement, le 12-2-1954, nous nous ingéniâmes à truffer les séries de noms, de prénoms, de villes, des éléments qui nous étaient ainsi fournis. Aucune réaction significative ne fut relevée. A la fin de la séance, je prononçais à haute voix un des noms et prénoms, cette fois réunis et détachés de tout autre élément, pas de réaction psycho-galvanique ; rythme cardiaque et respiration s'accéléraient de plus de moitié : « Attendez, je crois que ça me revient, c'était en Espagne », bouffée vaso-motrice, contraction des fléchisseurs et, en quelques minutes, le sujet nous fournit les grandes lignes d'une biographie fort agitée et cosmopolite qu'il nous a désormais précisée par la suite sans contradiction. Né d'un Belgo-Allemand israélite, né à Malmédy, et d'une Hispano-Américaine, F... serait né à Panama. Il fait ses études secondaires en Angleterre, puis entre au service de compagnies pharmaceutiques allemandes et, pour leur compte, voyage dans les îles de la Sonde, aux Célèbes, en Amérique du Nord et du Sud. Il quitte définitivement l'Allemagne lors de l'arrivée d'Hitler au pouvoir ; venu en Espagne lors de la Révolution, il s'engage sous un nom d'emprunt dans les troupes gouvernementales, perd la nationalité panaméenne, est interné en France dans les camps d'Espagnols. Passe les Pyrénées sous l'occupation et, au consulat anglais, obtient des papiers et une identité anglaise. A la fin de la guerre, il est interprète dans un organisme de réfugiés jusqu'à sa dissolution. Depuis, apatride, il mène une vie errante et misérable entre France, Allemagne et Belgique, expulsé d'un pays dans l'autre. Il comptait après Noël embarquer à Marseille sur un bateau norvégien. Le 27 au soir, il avait déposé son maigre bagage à la consigne de la gare de Lyon (bagage retrouvé) et vint dans le Quartier Latin pour dîner avant de reprendre son train. La lacune mnésique s'étend de la sortie du métro jusqu'à l'arrivée à Cochin. Elle couvre environ cinq heures, pendant lesquelles F... a perdu son portefeuille contenant ses dernières ressources et ses papiers. Il convient spécialement de relever que les identités qui nous sont fournies ne font courir à ce sujet aucun risque d'arrestation.

Depuis qu'il s'est retrouvé, le sujet envisage assez mélancoliquement l'avenir. Il nous apparaît comme un homme positif, peut-être sensible, nullement sentimental. Intelligent et curieux, mais quelque peu écrasé par le sort d'apatridie, aspire à une existence désormais calme, au prix de l'abandon de toute ambition.

Le M.M.P.I. montre un profil un peu différent du premier : en effet, seule persiste une élévation très légèrement pathologique de l'échelle dépressive. Les éléments de déséquilibre et les éléments hystériques ont disparu mais, par contre, on note une légère élévation de l'échelle paranoïa ($T = 65$ au lieu de 55 précédemment), 2'6-987. Le malade ayant jusqu'alors passé les tests en français, nous décidons de lui refaire passer le M.M.P.I. en anglais (qu'il dit parler beaucoup plus facilement) ; quatre jours plus tard (le 12 février), le profil de ce troisième M.M.P.I. est strictement identique et parfaitement superposable au deuxième. Cela nous a permis, d'une part de juger la valeur de la traduction que nous avions utilisée, d'autre part de nous assurer que les modifications observées entre le premier et le deuxième étaient dues, non pas au hasard, mais à une transformation psychologique du sujet après qu'il ait retrouvé son identité.

Le Behn Rorschach confirme la valeur intellectuelle du sujet. L'adaptation apparaît davantage intellectuelle qu'affective. Le F.Clob constaté qui n'existait pas dans la première épreuve, le refus de la planche VI, trahissent une anxiété plus marquée que lors du précédent essai.

Un nouvel enregistrement avec audition des questions posées lors des premiers interrogatoires (enregistré sur magnétophone) ne donne pas de réponse plus significative ; en général, cependant, les réactions sont un peu moins vives.

Tel est l'état actuel de nos investigations ; il nous a paru intéressant de rapporter cette observation dans son état incomplet, quitte à fournir par la suite les résultats de nouvelles investigations ; il va sans dire, en effet, qu'il nous reste :

a) à pratiquer des vérifications lointaines ;

b) à tenter de faire retrouver au sujet les souvenirs relatifs à la lacune de cinq heures du 26 décembre 1953.

Il nous paraît aussi utile de consigner ici nos conclusions provisoires, comme d'enregistrer celles de nos collègues. Au cours des examens du sujet que nous avons fait pratiquer par un groupe de jeunes psychiatres, nous avons constaté en effet (outre l'extrême valeur projective des divers examens et hypothèses avancés), la nécessité d'une extrême vigilance afin de ne pas céder à une tendance à confondre la recherche policière et l'investigation clinique. Nous avons, pour notre part, tâché de résister au maximum à cette tentation.

Pour l'instant, l'absence de toute motivation utilitaire impérieuse, la cohérence du tableau clinique nous incite à admettre que nous sommes en présence d'un processus de scotomisation traduisant un désarroi vital légitime sur une personnalité non profondément pathologique.

Il nous a paru hautement significatif de retrouver chez ce sujet,

aux épreuves psychométriques, un aspect semblable à celui enregistré par J. Delay, Deniker et Mlle Garnier chez un malade analogue (mais non identique), Société médico-psychologique, 12-11-1951.

DISCUSSION

M. X. ABÉLY. — Dans ces amnésies extrêmement étendues, englobant tout le passé et l'identité même, la sincérité du sujet doit être toujours tenue pour suspecte, lorsqu'il ne s'agit pas de démence ou de confusion marquée, ou d'ictus amnésique d'ailleurs très passager. Je ne connais pas suffisamment le malade présenté par M. Daumézon, mais dans les cas assez analogues que j'ai observés ou qui ont été publiés, la simulation était, à mon avis, probable ou certaine. Le malade avait toujours un motif de fuir le milieu où il était connu, en raison de difficultés familiales ou sociales. Ce motif n'est pas forcément utilitaire, intéressé. Le sujet peut vouloir s'évader d'une vie misérable, d'une situation jugée sans issue. Je prétends que de telles abolitions du passé sont conscientes et volontaires. On m'a objecté que des syndromes du même genre et d'aspect intentionnel pouvaient être subconscients. Je ne nie pas l'existence d'amnésies pithiatiques, ou mieux, psychogènes, relevant de ce mécanisme. Mais alors elles présentent des caractères spéciaux ; elles sont scotomisées, limitées à une catégorie de faits groupés autour d'un noyau affectif localisé ; elles obéissent aux lois de la psychologie subconsciente. Les négations totales, globales de la vie antérieure et de la personnalité même s'en distinguent par leur exagération, leur grossièreté, leur défaut de systématisation, leurs discordances (le sujet, par exemple, a conservé les souvenirs scolaires ou usuels acquis à une époque dont il prétend ne garder aucune trace). On a l'impression très nette que le malade s'est référé, de façon simpliste, à la notion populaire d'amnésie, vulgarisée par le roman, le théâtre et le cinéma. L'influence de la volonté se révèle par la ténacité de l'attitude du malade (qui s'adapte d'ailleurs au milieu hospitalier) et sa résistance dans la narco-analyse tant qu'il ne se sent pas démasqué ou qu'une solution de sa situation ne lui paraît pas encore possible ; puis au contraire, ces conditions étant réalisées, sa rapide récupération mnésique et sa collaboration complaisante aux diverses investigations afin de sortir de l'impasse où il s'était fourvoyé. Au terme de cette liquidation, j'ai pu obtenir enfin des aveux explicites de la simulation.

M. B. LOGRE. — Le cas, si intéressant, analysé en détail par le Dr Daumézon, et MM. Cor et Moor, n'est pas sans ressemblance avec les cas, nullement exceptionnels, d'amnésie subite des éléments de la personnalité que j'ai pu observer, en quelque trente années d'expérience, à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police. Le Dr Garnier, médecin-chef de cette infirmerie au début du siècle, avait réuni un nombre assez considérable de cas de cette espèce et les avait décrits sous le nom d'« ictus amnésiques ». Le sujet, qui, dans la rue, paraissait en proie à un malaise, ne pouvait indiquer aux passants ou aux agents ni son nom, ni son adresse. Il continuait cependant à parler, pouvait lire l'heure et même le journal, répondait aux questions avec bon sens, bref retrouvait assez bien les autres souvenirs que ceux de son identité. En général, cette amnésie cessait en quelques jours et semblait presque toujours en rapport avec des troubles artériopathiques, à partir de la cinquantaine, chez des sujets plus ou moins manifestement artérioscléreux.

Le cas du Dr Daumézon diffère par la lenteur de l'évolution récupérative et l'absence, au moins apparente, de troubles artériopathiques, enfin par un certain soupçon de simulation.

J'ai, avec mon élève et ami, Deshaies, décrit, sous le nom d'« ictus psychoplogiques », des états psychiques, équivalents de troubles paralytiques ou

parétiques, plus ou moins brusques et passagers. Les « ictus amnésiques » de Garnier n'étaient que des cas particuliers de cette pathologie psycho-neurologique, beaucoup plus vaste et non encore isolée, nous semble-t-il (et distincte par beaucoup de traits des « équivalents psychiques comitiaux »).

En ce qui concerne les cas d'oubli total de la vie passée, dont vient de parler notre collègue, Xavier Abély, je puis dire que j'en avais observé un, tout à fait typique, avec mon ami Bouttier, pendant la guerre 1914-1918, amnésie qu'on pourrait dénommer, d'après la pièce de Giraudoux, amnésie du type Siegfried. Mais, dans ce cas, il y avait des lésions diffuses cérébrales très sérieuses de nature commotionnelle. Le blessé avait oublié le langage, qu'il récupéra, d'ailleurs assez vite. Il ne retrouva à peu près aucun de ses souvenirs et ne reconnut pas sa femme. Mais, diminué dans son activité intellectuelle, il n'aurait certainement pu devenir président du Conseil, comme le héros de Giraudoux.

M. P. DENIKER. — pose aux auteurs deux questions :

la première concerne l'identification anthropométrique du sujet qu'avec M. Delay il a préconisée dans ces cas : il demande si les trois identités possibles étaient entre elles identiques, et si elles présentaient le même degré de certitude grâce à la dactyloscopie qui ne comporte pas d'erreur ;

deuxièmement, il demande pourquoi les épreuves pharmacodynamiques n'ont pas été poussées dans ce cas. Elles auraient probablement permis de lever le doute quant à la sincérité du sujet. Grâce à la narcose barbiturique, et surtout à l'épreuve d'amphétamine, il est relativement facile de distinguer entre des tendances mythomaniaques par exemple et les démarches d'une mémorisation authentique. On a pu dire que la narco-analyse était une « perche tendue » aux simulateurs qui en ont assez de vivre hors de leur identité. Ce n'était pas le cas dans l'amnésie qu'avec M. Delay et Mlle Garnier il a présenté en 1950 et qu'on rappelait tout à l'heure, car le sujet avait retrouvé bien des souvenirs grâce aux épreuves pharmacodynamiques sauf... son identité.

M. G. DAUMÉZON. — Deux des identités sont contrôlées par dactyloscopie, une résulte d'une déclaration à un passage de frontière.

Nous ne considérons pas le travail comme terminé. Nous avons d'abord tenté de faire sur le sujet diverses constatations psychométriques et psychologiques avant de brusquer les choses par une tentative pharmacodynamique. Il est possible que nous utilisions de tels traitements pour élucider les conditions dans lesquelles le sujet perdit son identité et son portefeuille.

Débilité ou détérioration,

par M. G. DAUMÉZON, M^{lles} MOOR et NIZARD

OBSERVATION. — M... Xavier, 40 ans, corroyeur, à l'invalidité est entré à l'admission le 11 décembre 1953. Il avait déjà été placé en 1948-1949 après expertise du D^r Génil-Perrin à Vaucluse puis Bourg-en-Bresse. Tous les certificats de l'époque, ainsi que ceux rédigés en 1953, mettent en exergue la débilité mentale, parfois qualifiée de profonde.

A la suite d'un examen pratiqué avec un groupe d'internes, l'un de nous a rédigé le certificat suivant : sujet d'aspect malingre, dystrophique, au visage ingrat, tordu par un sourire qui évoque plutôt le rictus. Légèrement exophtalmique et goitreux. Elocution précipitée, débit saccadé, dysarthrie, nasonnement, rire niais, timidité, mimique faciale et gestuelle excessive.

Déférence caricaturale. Lent à saisir, adhère au sujet, refuse d'en changer, y revient, prie qu'on ne l'embrouille pas. Déroulement logorrhéique de récits égocentriques bourrés de précisions rigoureuses, de dates et de lieux, évocation prévalente et complaisante de lieux, d'événements personnels qu'il s'approprie encore souvent. Expressions typiques de débile : mots déformés (Salle perrière pour Salpêtrière, etc...) contrastant avec des phrases correctement construites, traduisant souvent des notations psychologiques non dénuées de justesse, voire de lucidité (la certitude de ne pas pouvoir trouver le bonheur et me marier). Autodidactisme non totalement improductif. Connaissances « post-scolaires » assez étendues, traduisant un désir d'acquisition non négligeable avec souci de saisir non seulement les notions mais aussi une forme d'expression. Evoque des comportements, tantôt d'attachement puéril à la mère, tantôt d'opposition trépignante, tantôt de pitié, tantôt de révolte ; il s'en dégage l'impression première d'un jugement essentiellement rudimentaire dominé par des facteurs affectifs ; mais sur les sujets neutres, le jugement paraît correct sinon très délié.

Evoque quelques comportements de type homosexuel. Jamais de relations hétéro-sexuelles ; culpabilité liée aux pollutions nocturnes improprement assimilées à des masturbations.

Fournit la notion de rêveries compensatrices, parfois ébauchées dans leur réalisation profondément symbolique (s'achète un revolver bon marché, le manipule ; le canon, comble de malchance, aurait été trop étroit à son extrémité pour permettre le passage de la balle, le scie à la lime). Autre élément de compensation, quelques astuces subalternes dont il n'est pas peu fier.

Evoque l'installation dans une existence parasitaire depuis le développement d'une bacilliose pulmonaire qui lui tient maintenant lieu de carrière, jalonnée d'épisodes anxieux avec velléités agressives : phases d'anxiété saturées de culpabilité (j'avais quitté ma mère, j'étais venu à Paris sans sa permission) alimentées par les plus minimes événements extérieurs. Besoins de déambulation, désir d'agression qui l'amène à imaginer un suicide indirect (tuer quelqu'un pour être guillotiné), à l'avouer à l'agent qui l'interpelle au cours de sa déambulation nocturne, d'où un premier internement de 1948 à 1949 à Vacluse puis Bourg-en-Bresse. Réactions bruyantes et puériles de désespoir (dans le service, tente de se taillader les veines avec un morceau de fer qu'il aiguise).

Débilité motrice, tremblement émotif spécialement mis en évidence par l'écriture ou le dessin. Réflexes très vifs. Syncinésies. Hyperextensibilité droite au membre inférieur, ébauche de clonus du pied droit, chute de la jambe droite au Barré (le sujet signale l'énurésie à 18 ans, mais nie toute convulsion).

Pas d'antécédent familial psychopathique. Ethylisme paternel probable.

Ainsi, dès l'issue d'un inventaire tel qu'il peut être dressé après un examen de 30 à 40 minutes, apparaissent clairement les facteurs suivants : facteurs névrotiques pouvant s'organiser, soit autour de la conception adlérienne du complexe d'infériorité, soit autour de la conception freudienne d'un complexe d'Œdipe ; stigmates d'atteinte neurologique très fruste mais présente, avec mauvaise intégration psycho-motrice ; épisodes polymorphes à contenu anxieux.

Nous avons donc été amenés à préciser la biographie du sujet et l'aspect psychologique, grâce à des recherches psychométriques. Fils tardif d'un

ouvrier corroyeur, alcoolique, décédé de tuberculose alors que le sujet avait 6 ans, Xavier a un frère et une sœur aînés, qui ont aidé la mère à l'élever. Il a toujours été chétif, malingre, souffrant de son allure malade, de sa maladie. En classe jusqu'à 13 ans, il était un élève médiocre, moqué de ses camarades et souvent de son maître. Travaillant dans une corroierie, il reste timide, n'ose pas parler aux filles et vit dans l'orbe de sa mère remariée. Il ne sort pas, accompagne la mère à l'église, puis se déclare vers 1946 une tuberculose qui évolue à bas bruit et le fait placer à l'invalidité. Dans les périodes d'inaction qui suivent, ses phantasmes s'exagèrent. A l'occasion d'un voyage à Paris, il est interné et partage sa vie entre les hospitalisations et des périodes de « bricolage » auprès de la mère, décédée au printemps 1953. Le nouvel internement est provoqué par une phase anxieuse, d'ailleurs vite éteinte à l'hôpital.

Examen électro-encéphalographique : tracé anormal, en raison de sa basse fréquence, de la présence du rythme thêta et les altérations de l'hyperpnée. Aucune image électrique n'est rencontrée qui puisse permettre de préciser une étiologie (Dr Verdeaux).

Examens psychométriques : il s'agit d'un malade à niveau intellectuel très légèrement subnormal ; les tests d'intelligence générale habituels concordent et mettent en évidence :

au *Wechsler-Bellevue*, un quotient intellectuel global de 86 (avec un quotient intellectuel de 83 aux épreuves verbales et un quotient intellectuel de 92 aux épreuves de performance) ;

au *Binet-Simon*, rectifie un âge mental de 12 ans (quotient intellectuel de 80) ;

au dessin de la dame de Fay, le malade se situe au 15^e percentile ;

le niveau scolaire à une épreuve d'orthographe correspond à celui d'un enfant de 9 ans.

Nous reviendrons plus loin sur l'étude qualitative de ces épreuves et mentionnerons d'abord les résultats enregistrés à des épreuves plus spécifiques.

Figure complexe de Rey :

Copie :	13'	cent < 10
	36 points	cent 100
	type I	cent 100
Mémoire :	8'	cent < 10
	28 points	cent 80
	type I	cent 100

Test du double barrage de 2 à 220 :

1^{er} temps, $V_1 = 84$ (niveau d'un enfant de 8 ans).

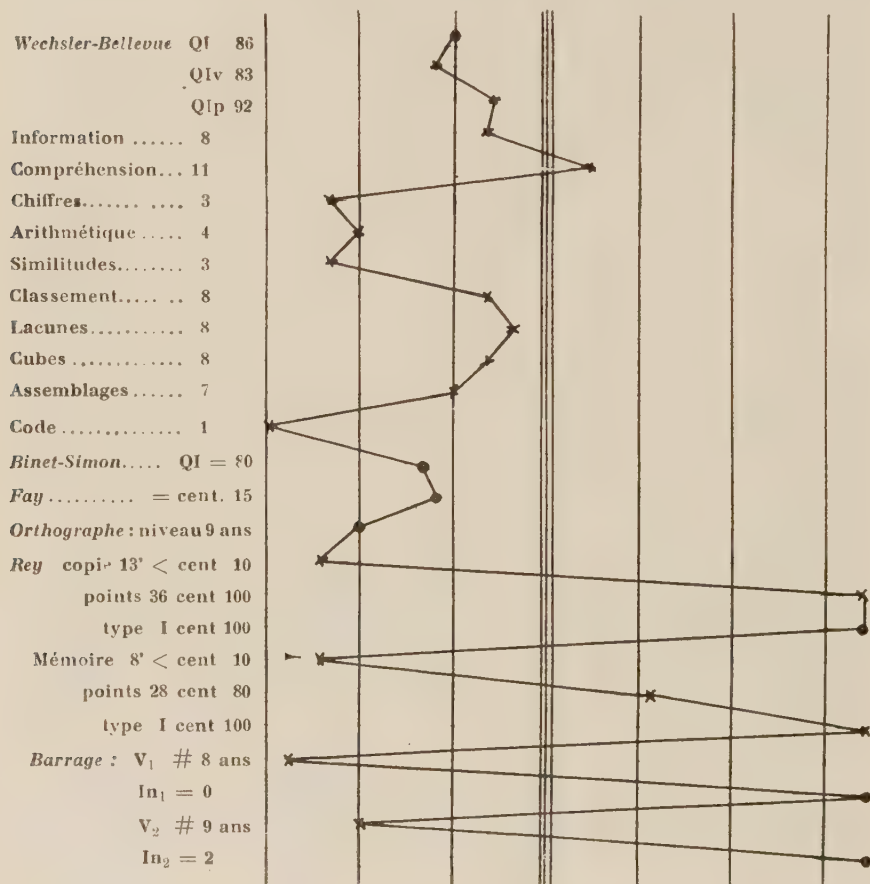
Inl = 0 %

2^e temps, $V_2 = 55,9$ (niveau d'un enfant de 9 ans).

L'indice $2V_2/V_1 = 1,32$.

Par ailleurs, nous avons voulu faire passer au malade le test de vocabulaire de *Binois-Pichot*, mais il a été incapable d'assimiler les instructions et a obstinément souligné deux mots au lieu d'un pendant toute la durée de l'épreuve.

Nous lui avons également demandé d'effectuer le test de classement *formes, couleurs de Goldstein*. En présence de matériel du test, le malade a une attitude concrète ; il fait d'abord un motif décoratif puis il effectue un classement d'après les formes lorsqu'il est mis en présence des faces blanches. Il verbalise bien, dit encore qu'on pourrait classer les éléments d'après leur



couleur mais est incapable d'effectuer ce deuxième mode de classement. Nous lui avons également fait passer le *test de Rorschach*.

Que déduire des résultats de ces épreuves psychométriques ? S'agit-il de débilité ou de détérioration ?

I) *Débilité.*

L'incompréhension de la consigne au test de vocabulaire est un argument pour. Toutefois, cette hypothèse paraît infirmée par :

- a) le quotient intellectuel à 86 au Wechsler ;

b) le protocole du Rorschach, qui comprend 13 réponses globales sur 28 en tout (qui bien que peu élaborées, ne sont tout de même pas le fait d'un débile) et 2 kinesthésies, et surtout par :

c) la réponse donnée par le malade à l'épreuve d'association de mots du Binet-Simon : « Ennui, tristesse de ne pas être marié. Sujet à la neurasthénie. Secours moral très faible. Sentiment d'être enfermé en prison. Désir de bien travailler. Mais incapable de faire comme les autres. Courage, bonne volonté, mais affaibli par une faiblesse musculaire. Désir de courir, de se promener (il y a du soleil). J'étais heureux autrefois. Je n'ai pas eu de chance, j'ai manqué ma vie. J'ai désiré depuis longtemps avoir une famille, des enfants. Echoué à Paris. Demandé l'hospitalité à ma sœur, impossible à cause pas de place, ai eu le malheur d'être hospitalisé, ce qui m'a conduit à l'asile Sainte-Anne », qui est le fait d'un sujet capable d'une très bonne auto-analyse ;

d) les définitions de mots abstraits au Binet-Simon ;

e) le score à l'épreuve de compréhension de Wechsler, dont le niveau est supérieur à la moyenne d'une population normale.

II) Argument en faveur d'une détérioration :

a) Perte d'attitude catégorielle : étant donné l'âge mental de 12 ans au Binet-Simon, l'échec aux épreuves de Goldstein ne peut être imputé à la débilité, puisque cet auteur a constaté qu'elle était réussie par tous les enfants de 8-9 ans, dont l'âge mental correspondait à l'âge réel. Il y a donc là une discordance, et il faut incriminer dans cet échec l'existence d'une cause organique.

Les difficultés rencontrées à l'épreuve des similitudes de Wechsler sont sans doute de même origine. Le malade est incapable d'accéder à la pensée abstraite.

b) Autant à l'épreuve de Rey qu'à celle de Zazzo et au code de Wechsler, nous sommes frappés par l'extrême lenteur du sujet, qui contraste énormément avec la bonne qualité des résultats et l'absence de tout trouble d'ordre perceptif. Dans l'ensemble, d'ailleurs, on note une idéation très lente avec difficultés pour s'adapter à une épreuve nouvelle et pour assimiler les consignes.

c) La reproduction de mémoire de la figure de Rey, où le sujet se situe au 80^e percentile pour l'exactitude contraste avec les très mauvais résultats obtenus à la répétition de séries de chiffres. Il semble donc y avoir déficit pour une certaine forme de mémoire seulement et la conservation de la mémoire visuelle évoque encore l'organicité. En cas de débilité, les résultats aux différentes épreuves de mémoire seraient plus homogènes.

d) Enfin, à l'échelle de Wechsler, si on calcule l'indice de *détérioration mentale*, on obtient un résultat nettement pathologique puisque I.D.M. = 54 % et que la détérioration physiologique à l'âge du malade est de 10 % seulement.

e) Enfin, si on compare le scatter du malade au Wechsler, à ceux que cet auteur a publiés comme type de l'organique et du débile, on remarque que c'est du scatter de l'organique que celui de M. M... se rapproche le plus. En somme, c'est l'hétérogénéité qui domine le tableau ; et vu ce qui précède, les épreuves psychométriques pratiquées apportent beaucoup plus d'arguments

en faveur de l'organicité et de l'existence d'une détérioration mentale chez ce malade qu'en faveur de l'oligophrénie.

Reste à savoir si la détérioration peut expliquer à elle seule le comportement du malade : en effet, le Rorschach met en évidence des signes névrotiques avec choc couleur, choc kinesthésique, présence de 4 Do de 25 %, de réponses anatomiques et seulement 40 % de F +, tout cela extériorisant l'inhibition de la pensée et le refoulement des affects. Le type de résonance intime est extratensif et l'affectivité labile non contrôlée par la fonction logique (OFC/4 CF + 1 C).

Par ailleurs, la dame de Fay témoigne d'un graphisme infantile et est du type de celles faites par les arriérés affectifs. Il y a une certaine discordance là aussi entre la qualité du dessin et le fait que, d'un point de vue intellectuel, les principaux éléments sont représentés.

Conclusions de l'examen psychométrique. — Détérioration mentale chez un sujet présentant des difficultés certaines d'adaptation sur le plan affectif. La notion de débilité ne paraît pas devoir être retenue.

COMMENTAIRES

1° Xavier est un faux débile, il présente en fait une détérioration, sans doute séquelle d'encéphalopathie infantile fruste.

2° Le tableau de niaiserie actuel est sans doute beaucoup plus fonction de la majoration par la névrose que d'un déficit intellectuel ; il s'est exagéré lors de la désorganisation, par la tuberculose, de son mode d'existence.

3° L'examen clinique rigoureux permet à lui seul de poser le diagnostic que les examens psychométriques n'ont fait que confirmer.

4° On a continué d'envisager la détérioration comme le résultat d'une atteinte cérébrale tardive ; des observations comme la nôtre montrent qu'il convient sans doute d'étendre cette conception, d'appliquer cette notion à nombre de prétendus débilés.

5° De pareilles études présentent :

a) un intérêt pratique : considérer Xavier comme un détérioré permet de rechercher les éléments favorables de sa personnalité et une prise de position plus dynamique que ne pourrait le faire l'étiquette de débile mental ;

b) un intérêt de recherche : l'analyse aussi poussée que possible de pareils cas permettra, nous l'espérons, de différencier et de comprendre davantage les troubles de l'intégration du monde au cours de l'enfance ; en dernière analyse, ces processus peuvent être considérés comme les déterminantes essentielles des personnalités anormales.

6° Nous avons quelque satisfaction à trouver dans un tel cas une application des vieilles idées de Magnan sur la dégénérescence acquise, vivifiées parce que plus précisées par l'apport neurologique et psychopathique moderne.

Présentation d'une nouvelle technique de polygraphie,
par MM. D. ALBE-FESSARD, J. LEFEBVRE, G. et J. VERDEAUX.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société médico-psychologique une nouvelle technique d'enregistrement électrographique que nous employons depuis un an dans les laboratoires d'électro-encéphalographie de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale de l'hôpital Sainte-Anne et de l'hôpital des Enfants-Malades.

Il s'agit d'une « polygraphie », c'est-à-dire de l'enregistrement simultané de potentiels électriques de provenances diverses.

Les combinaisons les plus variées sont possibles selon les besoins de la recherche en cours ; un film vous sera projeté tout à l'heure, qui montrera celles qui sont utilisées à l'hôpital Sainte-Anne en ce qui concerne, particulièrement, les malades mentaux ; en voici, à titre d'exemple, une description sommaire.

On pratique tout d'abord un *électro-encéphalogramme*, pour lequel on peut utiliser quatre ou six dérivations et qui recueille l'activité d'électrodes occipito-pariétales (pour le rythme alpha), rolandiques (pour les rythmes « moteurs »), frontales (pour les dérivations longitudinales passant par le vertex et, aussi, pour contrôler les mouvements oculaires qui ont un grand intérêt dans certains cas).

La dérivation suivante est utilisée pour l'*électro-dermogramme*, traduisant le réflexe psycho-galvanique, dont la transcription est ici particulièrement nette et facile à lire.

Les variations de la résistance cutanée du sujet sont décelées par l'apparition d'une différence de potentiel dans la branche galvanométrique d'un pont de Wheatstone. Cette tension change de sens suivant que la résistance croît ou décroît.

Les potentiels à mesurer sont faibles, ils ont besoin d'être amplifiés avant de pouvoir attaquer un scripteur. Nous ne voulions pas utiliser, ainsi que certains auteurs l'ont déjà fait, directement les amplificateurs employés couramment dans les électro-encéphalogrammes car, étant donnée la lenteur d'évolution des tensions à mesurer par rapport aux constantes de temps habituelles, les phénomènes auraient été déformés.

C'est pourquoi nous avons utilisé un dispositif spécial permettant, grâce à un contacteur intermittent, de tracer la courbe d'évolution de la résistance sous forme de points rapprochés. Ce contacteur est l'analogue d'une clef à double contact qui serait actionnée douze fois et demie par seconde environ et qui met alternativement les deux bornes d'entrée de l'amplificateur, tantôt en court-circuit, tantôt en liaison avec la différence de potentiel à mesurer à un instant donné.

La courbe-enveloppe des sommets des elongations obtenues à cha-

que contact donne, avec une erreur négligeable, la courbe d'évolution des résistances.

Dans nos tracés, à une baisse de résistance correspond une déflexion vers le haut et à un accroissement de résistance, une déflexion de sens inverse.

On enregistre ensuite l'*électrocardiogramme* puis l'*électropneumogramme*, qui permet de contrôler le rythme respiratoire grâce à un système thermo-électrique placé devant la bouche du sujet et fonctionnant sur le principe que l'air expiré est plus chaud que l'air ambiant (dispositif dû à M. Véron).

Dans certains cas, enfin, on peut utiliser une dernière dérivation pour l'enregistrement de la fréquence d'une stimulation lumineuse intermittente.

Tandis que cet ensemble de graphiques est enregistré, on peut procéder, vis-à-vis du sujet, soit à des stimulations diverses, soit comme le font Gastaut et Bert, à des projections de films, soit à certains tests psychologiques, le plus ancien d'entre eux, primitivement conçu pour le réflexe psycho-galvanique, étant celui des associations de C.-G. Jung, soit à certaines épreuves comme celles du miroir, dont nous poursuivons l'étude avec M. Jacques Lacan.

On peut aussi, dans certains cas psychiatriques particulièrement intéressants, interroger le malade : une inscription supplémentaire du dialogue sur une bande magnétique est alors pratiquée et, grâce à un épidiасope, les tracés peuvent être projetés sur un écran afin que le médecin puisse en observer les variations tout en interrogeant le malade.

Cette projection des tracés peut aussi être faite après coup et faciliter beaucoup leur étude ; la bande sonore est alors déroulée de façon synchrone afin que l'on puisse entendre fidèlement le dialogue tandis que les tracés correspondants sont examinés sur l'écran.

L'avantage de cet enregistrement magnétique est aussi de pouvoir faire entendre à nouveau l'interrogatoire au malade tout en enregistrant de nouveaux tracés polygraphiques, dont la comparaison avec les premiers peut être fructueuse.

Nous nous proposons d'étendre le plus possible cette méthode aux malades mentaux (enfants et adultes) et nous espérons obtenir ainsi des résultats plus précis qu'avec l'électro-encéphalographie seule, qui n'a pas encore donné les mêmes résultats en psychologie et en psychiatrie que dans d'autres domaines où les troubles observés sont plus nettement organiques. Cela représente un effort vers l'électro-encéphalographie « fonctionnelle », dont Liberson, dès 1945, avait signalé la nécessité.

Délire à trois, par MM. P. ABÉLY, R. BESSIÈRE, E. MARTIMOR,
JOLLIVET et ROSOLATO.

Le trio délirant dont nous présentons l'observation est composé des époux B... et de leur fils aîné Raymond. Un autre fils est actuellement sous les drapeaux, circonstance qui lui a peut-être évité de participer au délire familial. Mais ce n'est là qu'une supposition, car ce jeune homme (vu récemment), comprend parfaitement le caractère morbide du délire familial.

OBSERVATION 1. — La mère, Germaine B..., 57 ans, est mariée depuis 33 ans. Elle nous renseigne mal sur ses antécédents familiaux, ayant quitté tôt ses parents, avec lesquels elle s'est brouillée lors de son mariage. Sa mère était « déséquilibrée », dit-elle, ainsi qu'un frère mort jeune. Mme B... paraît avoir eu un comportement normal jusqu'en 1949. A cette époque qui, pour la malade, était celle de la ménopause, une voisine est victime d'un vol d'argent, dont on ne retrouve pas le coupable. Le soir même, Mme B... commence à entendre, dans la cour de l'immeuble, des conversations où on l'accuse d'être l'auteur du vol. Puis les calomnies s'étendent à la vie privée. Elle ne comprend pas, au début, ce qu'on lui veut, puis finit par trouver. Elle élabore alors une construction compliquée, d'où il ressort que l'agent persécuteur principal est un cousin, employé à la préfecture de police, qui l'a toujours désirée et aurait bien voulu qu'elle quitte son mari pour vivre avec lui. Ledit cousin aurait réussi à entraîner avec lui d'autres membres de la famille, une sœur, un oncle, des cousins, tous plus ou moins policiers. Tout ce monde la harcèle nuit et jour, lui reprochant sa conduite indigne, tout en l'engageant à se prostituer, l'insultant, elle et son mari. Tout le quartier est bientôt de connivence, elle ne sort absolument plus, laissant faire toutes les courses par son mari, à tel point qu'ils décident d'un commun accord de changer de logement et de prendre une loge de concierge dans un autre quartier.

Après une courte période de tranquillité, prenant prétexte un fait anodin, à savoir le changement de propriétaire d'une charcuterie du quartier, qui lui semble suspect, elle reprend le cours d'un délire amplifié. Constamment, elle entend des bavardages menaçants dans la cour. Effrayée, ne voulant plus rester seule, elle amène son mari, en 1951, à prendre sa retraite proportionnelle, ce qui n'arrange rien du tout, bien au contraire. Vivant constamment ensemble, menaces et persécutions deviennent le souci commun absolument constant.

On imagine aisément ce que fut leur vie. Les interprétations, les illusions, les hallucinations sont quasi-continuelles, atteignant tous les modes sensoriels, à tel point qu'un nouveau déménagement est décidé et qu'au début de 1952 nous les retrouvons dans leur ancien logement.

A cette époque, Mme B... « sait » d'où viennent tous ses ennuis. « Je ne me laisserai pas faire... ». Elle prend tout en main, organisant sa famille comme pour résister à un siège ; ils forment maintenant un groupe traqué, instable et méfiant. Chose curieuse, elle ne livre pas le secret du complot ;

elle ne parle pas du cousin à son mari ; elle le laisse chercher et penser à une origine basée sur la jalousie des voisins, qui envient leur bonheur familial et leur étroite entente.

La vie du ménage devient de plus en plus impossible ; Mme B... passe une partie de ses nuits assise dans un fauteuil, un parapluie ouvert au-dessus d'elle, veillant sur « ses hommes », et de temps en temps réveillant son fils, « celui qui me comprenait le mieux » quand les menaces semblaient plus précises.

Mme B..., redoutant une attaque de ses ennemis, finit par ne plus sortir de chez elle. Des plaintes rédigées d'un commun accord sont portées au commissariat de police par le mari, et cela de plus en plus fréquemment, jusqu'au jour où le mari est interné. Elle-même est hospitalisée à Sainte-Anne le 16 octobre 1953.

A l'heure actuelle, après plus de quatre mois d'isolement, Mme B... n'a rien abandonné de ses idées délirantes ; bien au contraire, nous avons l'impression qu'elle évolue peu à peu vers un délire mégalomaniac.

OBSERVATION 2. — M. B... Louis, âgé de 57 ans, retraité de la S.N.C.F., a toujours été bien noté de ses chefs. D'intelligence moyenne, il paraît assez émotif et timide. Il répond franchement aux questions, mais dès nos premiers entretiens, nous sentons qu'il ne veut en rien se désolidariser du reste de sa famille. Il veut essayer de convaincre, affirme avec force, essaye de ne pas paraître troublé par des questions embarrassantes et s'appuie volontiers sur son passé d'homme « sérieux et bien noté ».

Nous ne reprendrons pas en détail son observation. L'exposé délirant de B... confirme celui de sa femme, mais l'évolution de son délire a suivi des voies différentes. B... n'a pas admis immédiatement l'idée d'une persécution. Ce n'est que petit à petit, harcelé, qu'il participa au délire, jusqu'à affirmer avec conviction avoir ressenti lui-même les gouttes acides, vu les rayons lumineux..., mais la plupart du temps, et surtout au début, c'est sa femme qui se plaignait la première ; c'est elle qui attirait son attention, lui suggérerait en quelque sorte ce qu'il devait voir, entendre ou ressentir ; mais cela il ne l'avoue pas, et quand nous le lui faisons remarquer, il hésite, s'embrouille, mais prétend que « à la fin c'était simultané ». Son attitude, en un mot, fut plus interprétative qu'hallucinatoire.

La systématisation de son délire est loin d'être aussi poussée que celle de sa femme. En particulier, il ne dit mot de l'origine familiale des ennuis, origine qu'il a l'air d'ignorer à peu près complètement. Il se contente de les expliquer pauvrement par des « on » était jaloux de nous..., on nous enviait..., il lie moins bien les différents éléments et n'apporte pas cette passion discriminative, qui distingue la narration de sa femme.

Il n'en était pas moins gagné par cette peur, cette crainte perpétuelle qui lui donnait l'aspect traqué et coupable. Toutefois, il garda le contact avec le monde extérieur ; il était le commissionnaire, c'est lui qui fit toutes les démarches au commissariat. Pendant un certain temps, il put garder son emploi sans que son attitude paraisse trop anormale. En un mot, le délire qu'il avait adopté ne lui interdisait pas, comme à sa femme, toute relation avec un monde prétendu hostile.

Quelque temps après, les convictions délirantes faiblissent nettement. Lui ayant révélé la systématisation exacte du délire de sa femme avec toute son invraisemblance, lui citant en particulier une lettre qu'elle avait écrite

à son prétendu oncle employé à la préfecture de police et qui nous était revenue avec la mention « inconnu », B... reconnut d'un coup la fausseté de ce qu'il avait affirmé jusqu'ici. Il se raccroche tout de même un peu, prétend qu'il y avait des faits réels pouvant expliquer..., etc., mais il reconnaît que sa femme fut l'instigatrice de tout cela, qu'il n'a jamais osé la contrarier et qu'à force cela lui était plus ou moins monté à la tête, et il termine sa « libération » en disant d'une façon assez ambiguë : « Il y a trente ans que j'aurais dû faire cela... » Depuis trente ans, en effet, il n'avait jamais osé secouer le joug conjugal qui, de ce fait, l'a amené jusqu'à l'asile...

B... déclare cependant qu'après sa sortie, il vérifiera soigneusement si les persécutions continuent et nous tiendra au courant de ses constatations.

OBSERVATION 3. — Raymond B..., âgé de 30 ans, fils aîné, habitant avec ses parents, est employé depuis 1943 à l'inspection du travail et de la main-d'œuvre. C'est un peu l'intellectuel de la famille, et il aime à se faire passer pour tel.

L'exposé de son délire ne se différencie guère de ceux faits par ses parents ; il a été sujet aux mêmes hallucinations, avait la même attitude traquée. Il affirme tout avec force d'une façon qu'il voudrait la plus scientifique possible. Il est susceptible, orgueilleux, et se rebiffe quand on a l'air de douter de la véracité de ses dires.

Chez lui, l'éclosion du délire ne fut pas simultanée avec celui de sa mère ; comme son père, il passe par une période de latence, où il était au courant sans avoir de preuves personnelles, mais une fois adopté, il systématise fortement, intègre son délire d'une façon beaucoup plus profonde que B...

Comme sa mère, il emploie le plus souvent la première personne du singulier ; il expose avant tout une expérience personnelle.

Lui aussi fournit de nombreux détails. Il décrit avec complaisance son attitude, pense aux risques qu'il courrait, et se croit, la plupart du temps, le but principal des persécutions.

« Il m'a fallu attendre le 10 janvier dernier pour éprouver les mêmes ennuis dont mes parents sont victimes depuis 1949.

« Donc, en janvier, préparant un concours, j'ai dû veiller parfois très tard. Le 10 janvier, j'ai constaté sur un livre de trois cents pages la présence de petites gouttelettes brillantes qui disparaissaient aussitôt après être apparues. Quand la distance a été prise, c'est ma personne qui a été visée et ces gouttelettes m'ont été projetées sur la tête ; j'ai d'ailleurs dû me protéger avec un cache-nez. Lorsque ces gouttelettes, constituées par un liquide corrosif, tombaient sur mes vêtements, elles les transperçaient et pénétraient dans la peau, ce qui avait pour effet de me glacer l'épiderme ; je suis persuadé que si la quantité avait été grande, j'aurais risqué la paralysie générale (*sic*) ; ces projections s'effectuaient vers dix-neuf heures ou entre vingt-deux et deux heures du matin. »

Dans ses antécédents, on relève une chose intéressante : une énurésie ayant débuté à l'âge de 7 ans, lors de la naissance de son frère. Si ce fait est assez banal en lui-même, ce qui l'est beaucoup moins c'est que cette énurésie va durer jusqu'à l'âge de 18 ans... Ce n'est qu'un argument de plus, confirmant l'attachement morbide de cet homme pour sa mère. On conçoit, là encore, qu'en dehors de toute constitution pathologique, le terrain est idéal pour l'épanouissement d'un délire transmis.

Sorti le 22 décembre 1953, Raymond B... est venu nous voir quelques

jours plus tard. Il maintient ses déclarations antérieures : « Quand j'affirme quelque chose, c'est que j'ai bien pesé tous les éléments de certitude. Je ne reviens jamais sur ce que j'ai dit et surtout sur ce que j'ai écrit. Mais, ajoute-t-il, tout cela n'a aucune importance. C'est du passé. Je ne veux plus y penser... » Son employeur qui l'héberge chez lui, et a ainsi facilité sa sortie, nous confirme son comportement correct et son désintéressement complet du délire antérieur.

Nous ne voulons pas reprendre la description classique des délires collectifs ; nous soulignerons seulement certains points particulièrement significatifs, absolument nécessaires à l'éclosion d'un délire à trois.

1° *Conditions particulières d'existence.* — Cette observation vérifie le fait que l'absolue communauté, le même mode d'existence, le même partage de sentiments presque en dehors de toute influence extérieure, forment la condition d'apparition essentielle, le climat nécessaire et indispensable à l'éclosion d'un délire collectif.

L'élément actif, toujours présent, surtout s'il est aimé et respecté, soumet les éléments passifs à un entraînement continu, à un exemple permanent qui ne leur laissent pas le temps matériel de se reprendre. Une absence, un départ ruineraient ce lent travail, rompraient le cercle magique.

2° *Personnalité des différents éléments.* — Il est évident dans l'observation que les éléments mâles de la famille sont dominés par la forte personnalité de l'élément féminin. Nous ne pensons pas que cette domination s'exerce par l'intermédiaire d'une intelligence plus grande, mais bien plus par l'action d'une volonté, d'une ténacité, d'une persévérance énergique et têtue dans la transmission de sa « mauvaise foi », Mme B... possédait cela. C'est le mécanisme de persuasion lente mais sans discontinuité qu'emploie l'élément inducteur. Mais ce n'est pas tout ; à côté de ce caractère essentiel de personnalité qu'est la volonté tenace, nous trouvons chez le délirant actif une espèce de prosélytisme habile. Pour faire admettre son délire, il sait se servir d'éléments, de faits vraisemblables. Il ne va pas de but en blanc développer des constructions fantasmagoriques, qui rebutteraient son entourage. Par une espèce de génie délirant, il sait adapter, présenter les faits indiscutables comme preuves de la véracité de ses dires. Dans notre observation, il s'agira des médisances du voisinage, toujours possibles, autour d'un fait réel, le vol d'une voisine ? Inconsciemment, il sait se borner pour son entourage à une attitude interprétative, alors que chez lui les hallucinations peuvent déjà être apparues.

Si cette manière d'être nous semble aussi nécessaire, il est bien évident que « à chacun sa vérité », et que telle chose invraisemblable pour un sujet à niveau mental élevé peut être prise pour très réelle par un sujet intellectuellement moins favorisé. Connaissant parfaite-

ment son entourage, le délirant adoptera souvent inconsciemment la transmission de ses idées aux possibilités de ses proches.

Il est hors de notre sujet de dissocier le mécanisme psycho-physiologique du délire de Mme B... Néanmoins, soulignons l'importance de la ménopause, crise physiologique et psychique qu'elle se refuse à considérer comme un dénouement, le délire est un refuge où pointent, pauvrement il est vrai, quelques idées érotiques.

Quelques mots maintenant de la personnalité des éléments induits.

B..., ce « bon homme », n'est assurément pas un psychopathe, ni un débile ; il ne semble pas avoir de prédispositions morbides. C'est à la rigueur un faible, vivant depuis trente-trois ans sous la coupe de sa femme. Nous pensons vraiment que chez lui on peut parler de « *folie imposée* » (type Lasègue-Falret), après un minimum de résistance. L'on peut toutefois se demander pourquoi, une fois soustrait à l'influence de sa femme, il persista si longtemps dans son délire. C'est que, après la phase nécessaire de découverte de l'invraisemblance, il persiste un sentiment bien commun et bien simple qui est « l'amour-propre ». On ne rejette pas du jour au lendemain ce qu'antérieurement on a soutenu et affirmé avec force. On ne désavoue pas non plus d'un coup celle avec qui jusqu'ici on a partagé pendant des années une multitude d'événements physiques et affectifs. Il est évident que ce sentiment d'amour-propre, auquel nous pourrions ajouter une certaine peur de représailles, oppose souvent à la thérapeutique un barrage dont il est nécessaire de tenir compte.

Pour Raymond, le problème est tout différent. Intelligent, assez évolué, il n'en était pas moins pris dans un réseau affectif puissant que l'on peut qualifier de fixation à sa mère. Mais, en plus de cela, il semble avoir hérité de celle-ci les mêmes tendances psychopatiques. On retrouve en effet, dans son interrogatoire, quelques éléments paranoïaques comme dans celui de Mme B... Ces éléments vont trouver un terrain adéquat de développement dans les idées de persécution adoptées par ses parents. A son sujet, on ne peut parler de « folie simultanée » (Régis) puisqu'il a offert, semble-t-il, une assez longue résistance, mais d'une « *folie communiquée* » qui va trouver, dans les prédispositions constitutionnelles et acquises du sujet, un regain de vigueur et de persévération. C'est pour ces raisons que la guérison de ce sujet, si elle est obtenue, sera peut-être moins complète que celle de B... Toutefois, nous ne portons pas le même pronostic pessimiste que pour Mme B..., dont le délire nous semble encore avoir une structure ouverte et évolutive.

DISCUSSION

M. E. MARTIMOR. — Nous aurions voulu compléter cette observation de délire à trois par un essai de réinsertion sociale, tout au moins pour les éléments induits. Cet essai n'a pu être réalisé que pour l'un d'eux : le fils, Raymond B... Et les résultats sont excellents, comme on l'a vu. Il en aurait été, sans doute, de même pour le père. Mais M. Bessière n'a pu obtenir de la

préfecture de police la sortie de ce malade. Cette administration exige au préalable un changement de logement, lequel s'avère impossible. On ne peut, à cette occasion, que regretter, une fois de plus, l'intransigeance policière, qui contrecarre trop souvent les efforts que nous faisons pour désencombrer nos établissements et réadapter les malades améliorés et inoffensifs. Le seul risque qu'on courait en libérant Louis B., délirant placide et débonnaire, était de le voir déposer une plainte au commissariat de police de son quartier. C'est là une réaction qu'on ne peut vraiment pas qualifier de dangereuse.

Pseudo-paralysie générale post-traumatique, par MM. J. TUSQUES et A. GREEN.

La littérature concernant les séquelles psychiques des traumatismes cérébraux est abondante. Au sujet des rapports existant entre la paralysie générale et les traumatismes, cette littérature fait surtout mention de méningo-encéphalites syphilitiques authentiques déclenchées par un traumatisme. Par contre, il existe assez peu d'observations de pseudo-paralysies générales post-traumatiques, c'est-à-dire de cas où le traumatisme produit le syndrome psychique de la paralysie générale, sans que la syphilis soit en cause.

Dupouy et Courtois, en 1930, à la Société médico-psychologique, rapportent deux cas de cette nature et décrivent le syndrome caractérisé selon eux par : un affaiblissement intellectuel portant surtout sur la mémoire, une désorientation, des erreurs professionnelles, une indifférence affective, l'inconscience de l'état morbide et des idées délirantes absurdes. Cet état peut être accompagné de troubles de la parole et de crises comitiales.

Par la suite, plusieurs auteurs (cf. Marchand), ont cherché à distinguer les différences séméiologiques entre la méningo-encéphalite syphilitique et la méningo-encéphalite traumatique.

On a insisté notamment sur le fait que les malades étaient plus confus que déments et que les troubles avaient une tendance spontanée à la régression.

Le cas rapporté aujourd'hui nous semble encore plus démonstratif. Il rappelle la forme expansive de la paralysie générale avec état hypomaniaque et délire mégalomane et présente peu d'analogie avec les états confuso-démentiels évoqués.

OBSERVATION. — M. C..., 63 ans, ancien entrepreneur électricien, entre dans le service en novembre 1953, à la suite d'un non-lieu après expertise médico-légale.

Il avait été inculpé de vol par une entreprise commerciale, où il exerçait un intérim officieux et temporaire en l'absence du personnel de cette entreprise. A la faveur de cet intérim, M. C... avait emporté chez lui, sans aucune autorisation, une certaine quantité de vaisselle de porcelaine. Il avait dispersé les produits de ce vol en cadeaux généreux aux membres de son entourage : famille, concierge, médecins.

A l'entrée, c'est un homme à l'aspect encore jeune qui se présente à nous, euphorique, sûr de lui, l'œil vif, le verbe haut, le ton emphatique, s'exprimant aisément et abondamment. Il existe un net état d'excitation psychique sous-tendant un ensemble d'idées délirantes mégalomaniaques.

Il nous explique en effet qu'il est sûrement victime d'une erreur et que, dès qu'il pourra joindre ses relations importantes, il sortira de l'hôpital. Il se dit fondateur des croix de feu, commandeur de l'ordre de Malte, prétend avoir refusé la légion d'honneur et la médaille militaire. Il a refusé d'être officier supérieur et, malgré les sollicitations de ses amis, n'a pas voulu se présenter à la députation. Il vante ses propres qualités d'inventeur, sa culture sans bornes, et nous parle de ses projets d'écrire une œuvre sur « la naissance des mondes ». Par ailleurs, il est également radiesthésiste et a découvert une fortune importante dans le château historique qu'il possède. Il est un être extraordinaire, un philanthrope qui fait le bien autour de lui et qui se voit mal récompensé de ses dons et de ses bienfaits par la mesure d'internement dont il est l'objet. Il interprète sa présence à l'hôpital psychiatrique comme le fruit de la jalousie et de la malveillance de son entourage. Il se propose de réformer le fonctionnement de l'hôpital et d'améliorer la situation des malades dès sa sortie.

L'excitation psychique, la mégalomanie, les vagues idées de persécution sont accompagnées d'un affaiblissement. Interrogé sur les événements politiques auxquels il a été mêlé, sa mémoire fait défaut en de nombreux points, l'évocation de souvenirs de la dernière guerre est elle-même souvent difficile. L'interrogatoire sur des données professionnelles élémentaires met en évidence des erreurs souvent grossières.

Cet ensemble évoque le diagnostic de paralysie générale.

Cet internement n'est pas le premier. En effet, en dehors d'un épisode en maison de santé, sur lequel nous reviendrons, le malade a déjà été placé en 1951.

Préfecture de police. 14 octobre 1951 (D^r Cénac). — Syndrome d'excitation expansive. Euphorie. Idées délirantes de grandeur ; il est héros national. A fondé les « croix de feu ». Intervention intempestive à la S.N.C.F. et à la R.A.T.P. Inégalité pupillaire G./D. Irrégularité. Réflexes photo-moteurs faibles. Abolition des réflexes des membres inférieurs. Pas de dysarthrie nette. Tremblement de la langue et des extrémités. Aurait subi des ponctions lombaires faites par des « super-professeurs ». Paralysie générale probable. Permis de conduire à retirer. A évacuer d'urgence.

Asile clinique. Immédiat. 15 octobre 1951 (D^r Bessière). — Excitation euphorique et fabulation mégalomaniaque. Il est « une science ». Possesseur d'un château historique où, grâce à ses talents de radiesthésiste, il a trouvé une grosse fortune, etc., etc... Pupilles en myosis paresseuses. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Tremblement lingual important. Possibilité de paralysie générale. A maintenir.

Hôpital psychiatrique de Vaucluse. Immédiat. 19 octobre 1951 (D^r Morel). — Présente un état d'excitation psychique avec délire mégalomaniaque très riche, euphorie. Grandiloquent et théâtral. Paralysie générale probable. A maintenir.

Cependant, l'hypothèse de la paralysie générale ne s'est pas confirmée. Le malade nie l'existence de tout accident spécifique primaire ou secondaire. Il n'existe, à l'examen actuel comme aux examens pratiqués durant l'inter-

nement antérieur, ni dysarthrie, ni signe d'Argyll-Robertson (mais une anisocorie isolée). Il y a bien une aréflexie tendineuse aux membres inférieurs, mais le malade assure qu'elle est très ancienne. Le reste de l'examen clinique ne révèle rien d'anormal.

Les examens biologiques n'ont jamais pu faire la preuve de la syphilis.

En 1951, les réactions de Bordet-Wassermann, Kahn, Saint-Prix, Hecht-Mutermich dans le sang sont négatives. La ponction lombaire faite à l'admission donne les résultats suivants : albumine, 0,40 ; leucocyte, 1 ; Pandy, 0 ; Bordet-Wassermann, — ; Meinicke, — ; benjoin, 00000.02211.00000. On pratique une nouvelle ponction lombaire à Vaucluse, après réactivation au novarsénobenzol, le Bordet-Wassermann est toujours négatif, le benjoin donne 00000.11100.00000 ; albumine, 0,30 ; leucocyte, 0,49.

A la deuxième entrée, la réaction de Bordet-Wassermann est toujours négative dans le sang. La comparaison entre le liquide médullaire et le liquide céphalique donne les résultats suivants :

	liquide médullaire	liquide céphalique
Albumine	0,50	0,48
Cytologie	1,2	4,6
Pandy	0	0
Bordet-Wassermann	—	—
Benjoin	00000.22222.21000	00000.22222.11000

Enfin, le test d'immobilisation des tréponèmes de Nelson montre un pourcentage très faible, 2 % ; ce qui est manifestement négatif.

D'autre part, l'électro-encéphalogramme, chez ce malade, donne les renseignements suivants : « A droite, tracé plat mais dépourvu d'activité lente. A gauche, rythme peu ample, lent surtout dans la région temporo-occipitale. Le tracé ne réagit pas aux stimulations psycho-sensorielles (abolition de la réaction d'arrêt). Ce signe affirme l'indifférence du sujet aux incitations extérieures et s'observe dans nombre de démences. Les anomalies gauches suggèrent l'hypothèse d'une vaste lésion ancienne non évolutive à ce niveau. »

Le fond d'œil est normal, la radio du crâne ne montre pas d'anomalie notable. « Incrustation calcaire de la suture coronale. Selle turcique plate mais de contours nets. » Les examens psychologiques (test du Progressive-Matrices) donnent un niveau peu élevé sans rapport avec l'activité professionnelle antérieure du sujet, témoignant d'une détérioration pathologique.

Les entretiens avec le malade, l'enquête auprès de la famille, nous apprennent que C... est né en 1890 à Clichy, fils d'un charretier, loueur de voitures. Il avait neuf frères et sœurs, mais à l'heure actuelle il est le seul vivant. Aucun antécédent héréditaire connu.

Après son certificat d'études, il fait trois ans d'apprentissage comme électricien à l'école professionnelle d'Asnières et suit les cours du soir au Conservatoire des Arts et Métiers, où il enrichit ses connaissances professionnelles.

Engagé volontaire à 18 ans, il passe trois ans à l'armée comme adjudant-chef et se comporte courageusement durant la guerre de 1914-1918 (croix de guerre avec citation élogieuse).

Dès la fin de la guerre, il cherche à s'installer à son compte personnel comme entrepreneur-électricien. Son audace, son énergie, son sens des affaires le font réussir assez brillamment. Son entreprise prospère et s'étend

progressivement jusqu'à être assez connue. Il a même été l'auteur de plusieurs inventions brevetées (pertinentes) relatives au chauffage électrique.

Sa situation semble avoir été assez aisée ; il est propriétaire d'une demeure en Seine-et-Oise, communément appelée le château par les gens du pays, mais nullement classée monument historique. Cependant, en 1946, lors de circonstances qu'il est difficile de préciser, mais qui semblent en rapport avec la politique (entreprise peut-être un peu trop florissante sous l'occupation), il vend son affaire et s'emploie pour le compte d'une autre entreprise comme directeur commercial. Il devait créer au sein de cette entreprise une nouvelle branche en rapport avec sa spécialité. C'est au cours d'une activité professionnelle (représentation de sa firme à la foire de Lyon) qu'il est renversé par un camion ; il perd alors connaissance pendant une durée impossible à déterminer en l'absence de témoins mais qu'on peut évaluer vraisemblablement à une ou deux heures.

Cependant, du fait de l'existence d'importantes lésions du membre inférieur (on a été jusqu'à envisager l'amputation), l'attention est surtout centrée sur un trauma du genou et il semble qu'on ait omis de rechercher une atteinte cranio-cérébrale.

Quelques jours après l'intervention, les chirurgiens s'inquiètent de l'état de leur malade ; celui-ci est devenu triste, pleurant à longueur de journée, exprimant des idées de déchéance. Il ne semble pas avoir existé de syndrome confusionnel. Toujours est-il qu'après cette période de dépression, 40 jours après l'intervention, alors que le malade était en convalescence, on assiste brusquement à une modification totale du comportement.

Ce travailleur acharné et consciencieux, audacieux mais modeste, ce bon père de famille et mari fidèle, apparaît sous un jour entièrement différent. Il est dans un état d'excitation intense, dit à qui veut l'entendre qu'il est un être extraordinaire, un héros d'une puissance peu commune, il ne s'adresse plus à sa femme que par lettres et lui écrit madame. Il est alors pris d'une activité littéraire intense et se considère aussi grand poète que Victor Hugo, taquant vertement ceux qui n'admiraient pas ses vers. Bien plus, il n'hésite pas à se gratifier du titre de ministre et menace, au cours de ses rapports avec les administrations, de faire révoquer tous ceux qui ne lui donneront pas satisfaction. Il expose à tous ses interlocuteurs ses titres, commandeur de l'ordre de Malte (dont il portait illégalement la décoration), fondateur des croix de feu (dont il n'a été qu'un des premiers adhérents), il se fait passer à l'occasion pour le patron de la société qui l'emploie, se dit inventeur de nombreux plans destinés à protéger la capitale en cas de guerre, veut « transformer la tour Eiffel en solénoïde ».

Cette mégalomanie s'accompagne de troubles de l'humeur, le voilà devenu coléreux, irritable, et même menaçant lorsqu'on conteste ses talents ou que l'on le contrarie dans ses projets. Au dehors, il ne cesse d'attirer l'attention sur lui par des scandales publics fréquents, bien connu du commissaire de son quartier, chez qui il vient réclamer pour les sujets les plus divers. C'est parfois dans des circonstances plus inattendues qu'il perturbe l'ordre public, injuriant les employés du métro lorsque le portillon automatique vient à se refermer sur lui, insulte que l'on ne peut faire à un personnage de sa qualité.

La baisse de l'auto-critique et la mégalomanie s'accompagnent d'un relâchement général des mœurs. Cet homme de bonne éducation emploie maintenant un langage ordurier devant ses enfants, se vante de sa puissance sexuelle, recommandant aux personnes de son entourage de lui envoyer de

« petites amies » ; il collectionne des photos pornographiques qu'il est fier de porter sur lui, se déculotte devant un de ses sous-locataires pour lui montrer qu'il est encore en pleine possession de ses moyens physiques (quoiqu'exhibant une verge flaccide). Il parle maintenant de divorcer et de s'établir, quand il aura touché l'indemnité qui lui est due, en Amérique du Sud avec une concubine. Il fait paraître à cet effet plusieurs annonces dans les journaux.

Cependant, il ne fait aucun excès sexuel ou alcoolique ; il faut toutefois remarquer que sa sensibilité à l'alcool semble très exagérée par rapport à l'état antérieur à l'accident.

Ses excentricités lui causent des ennuis avec la justice. Il avait en effet pris l'habitude d'emporter chez lui les objets qui l'attiraient et lui plaisaient alors qu'il était en visite chez les autres. Il se dépossède facilement des produits subtilisés, prodiguant à droite et à gauche des cadeaux généreux. Mais il a été poursuivi en correctionnelle pour avoir perçu le montant d'un chèque en se faisant passer pour le patron de son entreprise. Depuis son accident, il est incapable d'aucune activité professionnelle au point que la société qui l'employait est obligée de se séparer de lui. Son entourage note quelques défaillances de mémoire et son incapacité de reprendre son métier. Ce tableau clinique a conduit en 1948 à un internement, d'abord à la maison de santé d'Ivry, puis à Epinay-sur-Seine. Après examens du liquide céphalo-rachidien, pour lutter contre l'excitation psychique, une cure d'insuline est mise en œuvre, la fracture récente du genou contre-indiquant la sismothérapie. Le séjour en maisons de santé s'est insuffisamment prolongé et en 1951 le malade entre dans le service pour la première fois. Il séjourne dans le service pendant plus d'un an, l'état d'excitation se tasse, et il sort au mois de novembre 1952 avec une critique partielle de ses idées délirantes mégalo-maniaques, et est alors confié à sa famille. Il semble qu'à cette époque se soit produit un accès dépressif d'après les renseignements donnés par la famille. Tristesse de l'humeur, idées d'indignité et de déchéance, et même de suicide. Le malade se consacre maintenant à des tâches subalternes, il se cantonne à des travaux de ménage, de cuisine et de vaisselle, alors qu'il n'avait jamais auparavant manifesté d'intérêt pour ces questions. Cet état dure quelques mois mais bientôt on assiste à une rechute de l'état d'excitation, le comportement délirant mégalo-maniaque se reproduit, les excentricités, les bizarreries se manifestent à nouveau. Il revient rendre visite à ses anciens camarades de l'hôpital de Vaucluse, leur distribue des friandises et des cigarettes, s'invite à déjeuner avec le médecin-chef, fait des cadeaux au personnel, cadeaux constitués par la vaisselle de porcelaine dérobée, qui va motiver l'internement actuel après expertise médico-légale.

En conclusion, on peut affirmer sur la négativité des examens biologiques répétés que la syphilis n'est pas en cause dans ce tableau clinique et que les manifestations psychiques rapportées sont des séquelles du traumatisme cérébral.

Il est intéressant de noter une fois de plus que si la méningo-encéphalite syphilitique peut se présenter sous des tableaux cliniques très différents du syndrome habituellement décrit, ce syndrome peut aussi se rencontrer comme conséquence d'étiologies très diverses.

Nous n'en voulons pour preuve que les pseudo-paralysies alcoolique, saturnine, etc..., rapportées dans la littérature.

Ces faits plaident en faveur de l'indépendance des rapports entre l'étiologie et la symptomatologie en psychiatrie.

Sur un cas d'hallucinations auditives et psychiques vraies avec conscience du caractère pathologique des troubles. La loi de la contention de la pensée intérieure et de la bipolarité dans le problème des hallucinations, par MM. H. BARUK, J. LAUNAY, G. LELORD et I. KARAAGAÇ (d'Istanbul).

L'hallucination représente dans la majorité des cas une manifestation à la fois sensorielle et psychique. Ces deux éléments sont étroitement liés et difficilement dissociables, comme l'avait bien montré Esquirol, qui définissait l'halluciné comme « un homme qui a la *conviction* interne d'une *sensation* actuellement perçue alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens ». Pour qu'il y ait hallucination vraie, il faut donc qu'il y ait, non seulement « *perception* sans objet », suivant la définition de Ball, mais aussi la *conviction* intime de la réalité de la situation perçue, certitude que certains attribuent en partie à l'esthésie de la sensation. Certaines manifestations sensorielles, visuelles ou auditives, peuvent ne pas s'accompagner de cette conviction si particulière : ce sont les hallucinoses.

Quoi qu'il en soit, on sait depuis longtemps combien les hallucinations auditives vraies sont intriquées avec la pensée intime du sujet. Clérambault notait que l'hallucination auditive vraie entraîne très vite la personnalité, qui réagit par des interprétations délirantes et explicatives.

De même, dans le domaine des hallucinations psychiques décrites par Baillarger, Séglas a bien montré comment la personnalité du sujet réagissait par des idées délirantes d'influence.

Que le délire soit le phénomène initial ou que l'hallucination entraîne le délire (suivant les théories maintes fois exposées), on peut dire que, d'une façon habituelle, hallucinations auditives vraies et hallucinations psychiques s'accompagnent plus ou moins rapidement de production délirante.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de rapporter l'observation d'un cas d'hallucinations auditives vraies avec hallucinations psychiques évoluant depuis de nombreuses années chez un sujet qui a la conviction de l'existence réelle de ses troubles, mais qui ne présente pas d'interprétation délirante vraie.

OBSERVATION. — M. W..., âgé de 55 ans, ancien mécanicien à la T.C.R.P., est entré pour la deuxième fois dans le service, à la maison nationale de Saint-Maurice, en octobre 1952, pour :

des hallucinations auditives : il entend par les oreilles, des voix injurieuses semblant venir d'un groupe de personnes ; d'abord il croit les reconnaître, puis s'aperçoit qu'il s'est trompé. D'autres fois, une seule voix, plus forte, très autoritaire, parle au-dessus de lui ; il l'appelle « son commissaire de police ». Ces voix sont surtout déclenchées par la présence de femmes. Qu'elles passent à proximité ou même loin de lui, il entend : « T'es un vicieux. On va te châtrer, etc... » ;

des hallucinations psychiques : d'autres fois, en effet, ce sont des voix moins nettes, comme brouillées. Elles semblent sortir de sa tête, se réfléchir sur les autres, qui lui renvoient d'esprit à esprit. Elles font des répliques sur sa pensée. Pense-t-il à son appartement, il entend : « Tu es en ville, encore avec une poule. » « Des fois », nous dit-il, « ça va vous chercher toute votre existence, des histoires auxquelles on ne pense plus, des histoires de la guerre de 14 ».

M. W... présente enfin des troubles cénesthésiques : sensation de suintement à l'anus, de pesanteur dans le rectum. « Et cette douleur, ça marche avec le cerveau. C'est toujours quand j'ai mal que j'entends les voix. »

Le début des troubles remonte à 1937. M. W... est dans sa troisième année de traitement pour spécificité. Il a l'impression qu'il sent mauvais, qu'il est pourri par sa maladie ; il se plaint de vertiges, de sucurs. Il présente à ce moment des idées floues de persécution. « On raconte qu'il a la s, on se moque de lui, on veut le supprimer », accompagnées d'un état d'anxiété qui amène son internement à Sainte-Anne en août 1938.

Transféré à Villejuif, il ressent, pendant son séjour dans cet hôpital, des douleurs de plus en plus vives dans le rectum. Et peu à peu se précise un bourdonnement flou venant d'un peu partout, comme des murmures sur un marché, au sein duquel il arrache quelques bribes : « Tu seras condamné par le peuple. »

Après un séjour de six mois, il sort pendant un an, de 1938 à janvier 1940. Puis une aggravation de son état nécessite un nouvel internement : « Prétend qu'il a des ondes dans la tête, qu'on lui dit des choses en vers. C'est quelque chose d'électrique qui le traverse. » Apparaissent alors des hallucinations olfactives : odeur de chair brûlée, décomposée, comme si on lui électrisait les narines.

Il passe six années à Saint-Maurice. En 1945, disparition progressive de tous les troubles. Ainsi se dessine une rémission complète de six ans, pendant laquelle il reprend son travail. Une petite rechute en 1951, qu'il améliore lui-même par un séjour de cinq mois à la campagne.

En 1952, un jour qu'il parle avec sa femme sur un banc (depuis plusieurs années il ne la voit que de temps à autre), brusquement, d'une seconde à l'autre, les voix reprennent et entraînent une nouvelle admission à Saint-Maurice, où le malade est encore aujourd'hui.

Nous sommes donc en présence d'un syndrome hallucinatoire à évolution rémittente, ayant débuté il y a dix-sept ans et caractérisé par :

des hallucinations auditives vraies : il entend par les oreilles des voix sonores injurieuses. On ne peut parler d'hallucinoïse, car il est

convaincu de la réalité de ses voix. Quelquefois, il voudrait se justifier devant elles. Il prend le médecin à témoin : « Pourquoi me dit-on cela alors que je n'ai fait de mal à personne » ;

ensuite des hallucinations psychiques : voix qui sortent de la tête, commentaires sur la pensée ;

enfin des troubles cénesthésiques : douleurs rectales.

Quelle interprétation le malade donne-t-il de ces phénomènes ? Certes, on note quelques petites idées délirantes mais, dans l'ensemble, le malade ne présente pas la conviction délirante sur l'origine des voix. Si le phénomène hallucinatoire est net avec la conviction qui le caractérise, la méconnaissance de sa nature pathologique fait ici défaut. Le malade nous dit, en effet :

« Je sais pourtant bien que cela ne peut pas exister, que les gens ont autre chose à faire que de s'occuper de moi. » « Des fois on dirait que ça vient des autres, et puis on dirait que je le fais moi-même avec des pensées idiotes. » « Je comprends que ça existe sans exister. C'est un artifice de mon cerveau. » « Je préfère ne pas sortir en ce moment parce que j'ai tendance à m'obséder sur les femmes et ça augmente mes voix. » Si on lui demande la cause de tout cela, il répond : « C'est ma maladie, il faudrait guérir ma maladie et les voix s'en iraient. »

Comment peut-on expliquer la conscience relative de ce trouble pathologique ? Contrairement à ce que l'on a pensé longtemps, le contenu des hallucinations n'est pas toujours étranger à la pensée réelle du sujet. Dans certains cas même, l'hallucination exprime exactement la pensée de sa personnalité profonde et, en pareil cas devient, comme l'a désigné « l'un de nous », un trouble de la contention de la pensée intérieure (1).

Mais il existe aussi une loi particulière de la psychologie qu'on peut appeler *la loi de la bipolarité*, en vertu de laquelle toute pensée est accompagnée de la pensée contraire. A l'état normal, cette pensée contraire n'apparaît pas dans la conscience, reste dans l'ombre, et il existe ainsi une polarisation. Mais à l'état pathologique, par exemple dans les obsessions, la pensée contraire prédomine et le sujet en est épouvanté et lutte. De même dans les hallucinations, lorsque la pensée contraire forme le corps de l'hallucination, le sujet ne la reconnaît plus comme sienne, d'où le caractère xénopathique, suivant l'expression de Lelong, des phénomènes hallucinatoires. Mais, dans quelques cas, l'hallucination est formée de la pensée réelle du malade sans la pensée contraire, et c'est alors que le caractère xénopathique peut manquer ou être tout à fait atténué.

Chez notre malade, la pensée réelle est affectée par l'humiliation de cette spécificité, par l'impression qu'il est pourri, qu'il est dégradé, qu'il est sale, impression qui lui donne une sorte d'idée d'infériorité lorsqu'il est en contact avec les femmes, et qui est encore accentuée

(1) H. BARUK. — *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale*, p. 1550, Masson, 1928.

par les troubles rectaux qu'il présente. D'où le contenu des voix qu'il entend. Mais ce contenu ne lui paraît pas étranger, puisque concordant en partie avec sa propre pensée.

Un dernier point reste à envisager, c'est de savoir pourquoi la pensée du sujet s'émancipe sous la forme hallucinatoire. A ce point de vue, il est probable qu'un facteur organique ou physiopathologique est nécessaire. L'un de nous en a cité des exemples dans l'épilepsie, dans les intoxications, etc...

Chez notre malade il faut noter :

1° un trauma du crâne : électrocution en 1928, suivie de perte de connaissance ayant entraîné un mois d'hospitalisation ;

2° l'infection ϵ .

Toutefois, électro-encéphalogramme, examen du liquide céphalo-rachidien sont absolument négatifs. Par ailleurs, les divers tests mentaux n'ont montré aucun affaiblissement. Bien que toutes les sérologies soient négatives, il faut ajouter qu'à plusieurs reprises nous avons noté une amélioration des phénomènes hallucinatoires à la suite de séries médicamenteuses anti-spécifiques.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — Le cas de MM. Baruk, Launay et Lelord me rappelle celui qu'avec Georges Petit j'ai communiqué à la Société de psychiatrie, séance de juin 1912. Il s'agit d'une malade de mon service de Charenton qui, atteinte d'un affaiblissement de l'ouïe, présentait des hallucinations auditives, surtout verbales, dont elle admettait l'origine subjective. Sur cet état hallucinatoire conscient se greffaient de véritables épisodes très courts de délire hallucinatoire, durant lesquels la malade croyait à la réalité extérieure, objective, de ses hallucinations. Dans l'intervalle des crises, il n'existait pas de délire et les hallucinations affectaient les caractères des hallucinations dites conscientes.

Guérison brusque d'un cas de névrose infantile grave par provocation de l'extinction des réactions à la prise de sang, par MM. M. BACHET et P. MARCHAIS.

Le cas de névrose obsessionnelle que nous présentons offre les particularités suivantes. Tout d'abord, il est précoce. Certes, le fait que l'obsession se soit manifestée très tôt est assez classique, mais qu'elle ait déterminé à un âge si jeune des conséquences aussi marquées, est beaucoup moins fréquent. Surtout, la guérison a été extrêmement rapide par la technique des lipothymies provoquées ; guérison actuellement maintenue, donc avec un recul suffisant, compte tenu de sa qualité. Nous nous proposons, à une prochaine séance théorique, de grouper les observations de syndromes obsessionnels relativement récents, mais graves, tous guéris, soit complètement, soit presque complètement, et très rapidement, par cette technique.

Nous préciserons avec soins les cas dont il s'agit, les distinguant en particulier d'obsessions ou de phobies anciennes, chroniques, pour lesquelles la technique paraît inefficace.

OBSERVATION. — L'enfant, Lucien, est âgé de 10 ans. Sa mère l'amène en consultation pour les troubles suivants : chaque fois qu'il accomplissait un parcours quelconque à distance de son foyer, ou même *intra-muros*, il tenait à prendre rigoureusement le même chemin pour revenir. Ce fait s'aggrava, eut lieu aussi bien pour de petits parcours que pour de longs trajets. Au cours d'une excursion en montagne avec son père, le retour par le même chemin était impossible et dangereux. Lucien ne voulut rien entendre, demeura absolument imperméable aux explications de son père. Cet enfant, habituellement doux, docile et bienveillant, présenta au terme de l'excursion une véritable crise coléreuse et anxieuse lorsqu'il fut question d'emprunter un autre parcours ; son père dut employer la force. Au retour, une grande anxiété persistait et il ne cessait de répéter : « Papa m'a obligé, papa m'a obligé. » L'aggravation progressive amena ensuite les phénomènes suivants : l'obligation de repasser en sens inverse chaque mot qu'il écrivait, à son domicile, puis même en classe ; ensuite, de faire répéter les phrases qui lui étaient adressées et de les prononcer lui-même en les commençant par la fin. Il avait une difficulté à répondre qui s'accroissait, car il était aussitôt absorbé par la construction en sens inverse, soit de la question posée, soit de la réponse à fournir, donnant ainsi de plus en plus l'impression d'engourdissement. Enfin apparurent bientôt les phénomènes, dits de délire du toucher, le nombre de gestes rituels augmentèrent, Lucien retouchant jusqu'à quinze à vingt fois le même objet.

Les troubles étaient manifestes depuis deux ans ou deux ans et demi. Dès l'âge de 8 ans, l'obligation d'emprunter rigoureusement le même parcours avait déjà causé quelques incidents et des inquiétudes. Cependant, jusqu'au mois d'août 1953, ils sont compatibles avec une vie familiale et scolaire des plus normales. Lucien reste un brillant élève dans sa classe, paraissant particulièrement doué pour les lettres, jusqu'à la rentrée d'octobre 1953. Alors, non seulement l'écriture devient très pénible, l'attention dérivée par l'obsession de la construction de la phrase, mais Lucien apparaît triste et absorbé, il s'isole, se sépare de tous ses camarades, semble craindre que toute intervention ou présence étrangère ne dérange les rites.

Après deux examens successifs à l'hôpital Foch, Lucien est traité la première fois le 14 janvier 1954. Prise de sang opérée de façon banale, en présence de la mère de l'enfant, en position debout, ce qui est important : la vue du sang, sur laquelle nous insistons, sera de très courte durée, du fait de la rapidité d'apparition du malaise. Lucien accepte, mais avec crainte, la piqûre ; dès la vue du sang, il présente une petite agitation anxieuse et révèle : « J'ai vu un accident », d'une voix très émue et semblant protester. Lipothymie très rapide, sueurs, pâleur, dérobement des jambes, obnubilation puis courte perte de conscience. Il est étendu sur un matelas préparé à l'avance et repose quelques dizaines de minutes.

Lucien est revu deux jours plus tard (16 janvier 1954). Sa mère nous conte l'évolution : l'après-midi du 14, il a manifesté une « joie folle », une gaieté exubérante, tout avait disparu. Elle-même est vivement frappée par le traitement du 14, qui a réveillé effectivement un souvenir : à l'âge

de 7 ans, Lucien vit un cycliste accidenté et ensanglanté. Cet épisode paraissait oublié, Lucien n'en avait jamais reparlé, cependant on avait remarqué qu'il appréhendait les accidents et qu'il fuyait le spectacle des courses cyclistes lorsque leur itinéraire était à proximité de la demeure de ses parents.

Le lendemain, 15 janvier, la guérison se maintient, une petite ébauche de récurrence cependant ; quelques velléités de toucher un objet, peu répétées, immédiatement réprimées avec la réflexion suivante : « Ah oui, je le faisais avant. » Un accrochage entre deux voitures se produisant, il tient à aller le voir, revient joyeux, en disant : « Je peux voir un accident maintenant. »

Le jour même, 16 janvier, nouveau traitement : prise de sang dans les mêmes conditions, qui amène les réactions suivantes : une certaine appréhension anxieuse aboutit rapidement à un petit spasme du sanglot, puis à une crise de larmes, quelques sueurs, dit « j'ai peur ». Le sang coule, la réaction s'affaiblit : « Ça ne fait presque rien, je n'ai plus mal au ventre. » La crise de larmes a remplacé la lipothymie.

Le 21 janvier, la guérison est maintenue sans être toutefois absolument complète. Quelques petites idées anxieuses persistent, ébauchées, centrées sur le thème « j'ai peur que tout revienne comme avant ». Une petite appréhension, celle de revenir à l'hôpital : « J'ai peur de pleurer. » Nous estimons une nouvelle prise de sang inutile, cependant nous organisons le simulacre et les préparatifs : pose du garrot, asepsie locale, contact de l'aiguille. Aucune réaction malgré la lenteur calculée de cette mise en scène.

Le 25 janvier, guérison maintenue. Amélioration dans toutes les formes de l'activité scolaire, familiale, sportive, etc... Une conversation et une simple psychothérapie d'encouragement sont les seuls traitements ; nous pensons cependant utile de les faire au lieu même où l'enfant avait subi les deux prises de sang et entouré des mêmes personnages.

Le 15 février, la situation est la suivante : pas le moindre reste des troubles passés, tout au moins véritablement gênant. Il faut l'observation très suivie de la mère pour déceler de très courtes périodes de souvenirs des obsessions anciennes ; il s'absorbe un court instant et dit : « Ah ! j'ai encore de petites choses qui restent » ; mais ces faits, d'une durée insignifiante, sont rarissimes. Une gaieté traduit un sentiment de bien-être pratiquement continu, Lucien a maintenant de nombreux camarades de jeu. Il continue à travailler mieux et vite. Il accueille ainsi son père, de retour de voyage : « Tu ne m'as pas vu dans ma nouvelle peau. » Les dernières nouvelles datent d'hier même (8 mars), la guérison est complètement maintenue, bien que Lucien n'ait pas été traité, ni même revu depuis le 25 janvier.

En somme, guérison pratiquement complète, maintenue depuis près de deux mois, d'une névrose obsessionnelle infantile marquée depuis au moins deux ans, et grave depuis cinq mois environ. Cette guérison a été très rapide. C'est la première prise de sang avec lipothymie qui a agi, les autres consultations n'ont eu qu'une action de consolidation ou de contrôle. Cette rapidité évoque la guérison par crise d'une pyrexie.

Nous serons brefs, quant aux hypothèses pathogéniques, car nous

y réinsisterons prochainement à propos d'une série d'observations comparables chez des adultes. On peut, sans doute, évoquer une influence pathogène du choc dû à la vue du cycliste blessé et ensanglanté. La vue du sang au cours du traitement désensibilisait l'enfant, provoquant le retour au conscient de l'épisode et le rendant neutre (émotivo-analyse et guérison par défoulement). Il y a là sans doute une part importante de vérité, cependant elle nous paraît incomplète.

En effet, une étude minutieuse révèle que dès l'âge de 3 ans, c'est-à-dire, bien avant l'accident, on avait remarqué chez Lucien la « manie », certes assez bénigne à l'époque, de vouloir toujours repasser par le même chemin. La vision du cycliste blessé, si elle a pu déclencher l'anxiété, inhiber les contrôles, les défenses contre des phénomènes parasites, n'a donc pas créé la symptomatologie. Nous ignorons par ailleurs les causes de l'aggravation constatée en août 1953 : s'agit-il d'un nouvel épisode émotif non révélé ? ou bien s'agit-il de l'influence d'une évolution psycho-endocrinienne prépubertaire ? nous l'ignorons. L'étude du mécanisme de la guérison permet aussi une hypothèse pathogénique au moins partielle. La lipothymie (ou le malaise, ou les autres phénomènes) provoqués par la prise de sang, ou la vue du sang sont des phénomènes réflexes. Ces phénomènes réflexes ne se produisent pas chez tous les sujets, mais seulement chez un certain nombre d'entre eux, d'ailleurs pouvant être exempts de névrose (chapitre des traités classiques de cardiologie, auxquels nous nous référons. Article de Lian dans le traité de la collection Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix par exemple). Remarquant leur fréquence particulière dans les dépressions réactionnelles non mélancoliques, nous avons insisté sur leur parenté avec le spasme du sanglot, l'une étant l'équivalent de l'autre comme l'absence épileptique est l'équivalent de la crise classique (1).

Chez les obsédés ou les phobiques, elles peuvent aussi être accusées spontanément par le malade, ou bien n'exister que sous forme ébauchée que le malade traduit ainsi : brouillard devant les yeux, impression de jambes coupées, crise de sueurs avec anxiété, etc..., ou bien ne pas être accusées spontanément, et c'est seulement l'épreuve de la prise de sang en position debout qui montre une réaction, l'observation de Lucien rentre dans ces cas. Elle indique alors, à notre sens, dans certains cas tout au moins, l'apport d'un espoir thérapeutique variable évidemment avec chaque cas particulier.

La thérapeutique par prise de sang vise à l'épuisement du réflexe, ou plus exactement de cet ensemble complexe des réflexes qu'elle provoque. Le malaise décroît de séance en séance, passant parfois de la réaction vaso-motrice à la réaction d'allure psychique, quelquefois hystériforme, enfin s'épuise, le malade devient neutre, indifférent, sans réaction, puis sans appréhension. Il donne et il a lui-même l'impres-

(1) M. BACHET. — De la valeur psychiatrique des états lipothymiques dits névropathiques. *Bulletin médical*, avril 1947.

sion de bénéficier d'une rééducation, d'un renforcement de la volonté. Mais cette action en dernière analyse psychothérapique a ceci de bien particulier : elle fait intervenir la provocation dirigée, et sans doute dans une certaine mesure conditionnée, d'une explosion de réflexes immédiatement pénibles. Dans le processus de la guérison de la névrose, tout se passe comme si l'inhibition ou l'épuisement de ces réflexes entraînait l'inhibition des phénomènes de la névrose. Ceci plaide évidemment en faveur d'une part très importante des phénomènes réflexes dans la pathogénie des névroses ainsi soulagées, quelle que soit l'importance du terrain et des phénomènes d'hérédité psychologique.

Maladie d'Addison : Troubles mentaux aigus et délire chronique, par MM. L. de GENNES, P. BENSOUSSAN et M^{me} F. KLEIN.

L'observation que nous présentons est celle d'une malade suivie depuis huit années pour une maladie d'Addison, fertile en accidents aigus, maintenant stabilisée par le traitement à l'acétate de cortisone et à la désoxycorticostérone (Doca) et chez laquelle s'est insidieusement installé un délire chronique qui justifie son séjour actuel en service psychiatrique. Cette observation nous semble appeler d'intéressantes remarques cliniques, thérapeutiques et pathogéniques.

OBSERVATION. — Mine F... est âgée de 45 ans, mariée, mère de deux enfants, et sans antécédents pathologiques, notamment pulmonaires, connus. Sa maladie d'Addison a commencé très classiquement au début de 1946, par une asthénie progressive et une pigmentation d'abord localisée au visage, mais qui n'a pas tardé à se généraliser.

Moins de trois mois après l'apparition des premiers symptômes, l'affection prend d'ailleurs un caractère déjà gravement évolutif. L'asthénie psychique est manifeste : la malade est parfaitement consciente mais toute conversation, tout effort mental l'épuisent et elle est incapable de fixer longtemps son attention. Parallèlement, le poids diminue, la tension s'effondre, des troubles digestifs ne tardent pas à faire leur apparition et la gravité manifeste de cet état impose, fin mai 1946, la première d'une longue série d'hospitalisations.

Au cours de celle-ci, le diagnostic de maladie d'Addison est porté sans difficulté, le traitement à la désoxycorticostérone est institué et il réduit rapidement tous les troubles. Au bout d'un mois, elle est assez bien pour quitter l'hôpital. Après quelques tâtonnements, au cours desquels sa tension artérielle est montée jusqu'à maxima 18, elle reste bien équilibrée avec 2 mg. quotidiens de désoxycorticostérone et reprend son existence sensiblement normale.

Tout va bien pendant une dizaine de mois, mais au *printemps* 1947, et malgré la continuation du traitement, les signes addisoniens se majorent à nouveau, la fatigabilité augmente, la tension artérielle et le poids dimi-

nuent, elle a l'impression de « vivoter ». L'augmentation de ces signes motive rapidement un deuxième séjour hospitalier.

Après rééquilibration, elle reçoit en implantation sept pellets de 100 mgr. de désoxycorticostérone. Implantation bien supportée, sans autre signe de rétention qu'un minime œdème malléolaire très transitoire. Un mois plus tard, la malade regagne son domicile. La tension et le poids sont normalisés. Elle reprend sans fatigue sa vie habituelle de ménagère.

Cet état satisfaisant va durer à nouveau une dizaine de mois, mais *au printemps 1948* une nouvelle poussée se déclenche, soit à une période de l'année très semblable aux précédentes. Mais cette fois-ci les accidents d'hypocorticisme sont plus brutaux et plus graves qu'ils n'ont encore été : l'asthénie est intense, poids et tension artérielle s'effondrent, les manifestations digestives sont violentes. Sa famille signale le contraste entre la somnolence diurne et l'insomnie nocturne.

Quand elle commence son troisième séjour hospitalier, quelques signes plus particulièrement neuro-psychiatriques marquent au milieu du tableau clinique habituel de ces grands accidents addisoniens. Il s'agit avant tout de modifications globales de la conscience à type de confusion mentale avec onirisme.

Sous le traitement d'urgence institué, l'ensemble des signes de gravité régresse, d'abord lentement, la torpeur persiste quelques jours, puis l'amélioration s'accélère et assez vite la partie est — une fois encore — gagnée.

Après rééquilibration, on lui fait une seconde implantation : douze pellets de 100 mgr. La résorption est assez marquée et la tension artérielle monte cette fois jusqu'à maxima 20, mais le volant de la quantité de sel permet de faire rentrer vite les choses dans l'ordre. Si cette alerte a été plus chaude que les précédentes, elle est cependant à même, en juillet 1948, de quitter l'hôpital et de reprendre à nouveau une vie très sensiblement normale.

Mais pour ne pas manquer à la règle, une nouvelle poussée va marquer *le printemps 1949*. En avril se manifeste un épisode pulmonaire fébrile, banal en apparence, et qui laisse pendant quelques jours la malade vaquer à ses occupations habituelles. Puis brutalement, en 24 heures, la décompensation s'installe, rapidement menaçante, et c'est le tableau habituel d'un coma addisonien, où cette fois c'est la note digestive qui domine. Cependant, les troubles de la conscience ne sont pas absents et l'indifférence, la prostration, la torpeur, sont notées dans l'observation de ce *quatrième séjour*.

Cette fois, malgré 50 mgr. quotidiens d'acétate de désoxycorticostérone et six ampoules de cortine, l'amélioration reste très lente à se dessiner, et il est notamment mentionné que l'obnubilation persiste près de deux semaines. Aussi n'est-ce que deux mois plus tard que l'équilibration est suffisante (désoxycorticostérone : 4 mgr., sel : 1 gr.) et qu'il est possible de réaliser une *troisième implantation* : désoxycorticostérone : 4 pellets de 100 mgr., testostérone : 400 mgr. (15-6-1949).

Cette implantation est bien supportée. La malade quitte l'hôpital et reprend sa vie habituelle. Il est noté que l'activité physique et l'état psychique sont normaux.

Mais, dès le *mois de mars suivant (1950)*, un état de décompensation, qui s'est précisé en moins de deux semaines pour aboutir à un véritable colapsus, impose d'urgence un *cinquième séjour hospitalier*. Cette fois-ci, les troubles psychiques aigus semblent avoir été au premier plan, qu'ils par-

tagent avec les signes digestifs. L'hébétéude est profonde, l'indifférence à l'entourage absolue, la désorientation complète, l'onirisme manifeste.

Malgré son intensité, le traitement d'urgence a d'ailleurs du mal à maîtriser cette poussée, les signes augmentent encore, la conscience est de plus en plus perturbée. La confusion et la torpeur vont encore persister inchangées pendant plus d'une semaine et ce n'est qu'au bout de ce temps que, parallèlement au relèvement de l'état général, les signes mentaux s'améliorent progressivement.

Au bout de deux semaines, il lui faut encore 60 mgr. quotidiens de désoxycorticostérone, puis les doses sont très progressivement réduites. Mais la gravité de cet épisode a été bien marquée par l'importance des moyens thérapeutiques qu'il a fallu mettre en œuvre.

D'ailleurs, l'équilibre du poids et de la tension artérielle est bien plus délicat à rétablir cette fois-là. Il y a plusieurs alternatives d'hypertension passagères qui nécessitent à nouveau la mise en observation. Elle est enfin équilibrée par 4 mgr. quotidiens de désoxycorticostérone. Elle va le rester pendant près de trois ans.

Puis, en juillet 1953, comme les signes addisoniens semblent croître à nouveau, et sans attendre une décompensation plus aiguë, elle est pour la septième fois hospitalisée. Ce séjour dure un mois environ. Pour la première fois, elle y reçoit de la cortisone. Quand elle sort, sa maladie d'Addison est remarquablement bien équilibrée cliniquement avec 25 mgr. quotidiens de cortisone et deux injections par semaine de 5 mgr. de désoxycorticostérone.

Mais peu à peu sont apparus des troubles psychiques chroniques, d'abord discrets, puis qui se sont progressivement majorés, et sont en définitive devenus suffisamment importants pour justifier à la fin de 1953 le recours psychiatrique. Il ne s'agit pas des modifications aiguës de la conscience qui accompagnaient les poussées et se montraient comme elles sensibles au traitement compensateur de l'hypocorticisme.

C'est depuis trois ans environ que l'entourage immédiat de la malade a commencé à lui trouver quelques bizarreries de caractère. Elle a notamment, dès cette période, supplié son mari de lui faire blinder la porte de leur logement par un système compliqué de verrous et de chaînes, dont il pense qu'il ne se justifiait nullement. Mais elle a tant insisté qu'il a fini par céder. Il précise qu'il n'y avait pas coïncidence avec une poussée addisonienne.

Ses bizarreries, ses peurs, son comportement, ses déclarations inquiètent vraiment sa famille depuis septembre 1953. Elle n'entretient plus de rapports de bon voisinage, se montre hostile, renfermée, se cantonne chez elle. A plusieurs reprises, elle va se réfugier la nuit chez des amis ou au commissariat de police, où elle dépose à plusieurs reprises des plaintes. C'est à la suite d'un de ces incidents ; elle refuse de rentrer chez elle, que l'un de nous l'examine le 14 décembre 1953.

« Depuis deux ans et demi environ, nous déclare-t-elle alors, elle entend des bruits anormaux dans son escalier. On monte, on descend, il y a des voix d'homme. Ce ne sont pas les locataires habituels, couchés à ces heures-là, mais des rôdeurs, des gens " qui viennent pour quelque chose ".

« D'ailleurs, ils laissent derrière eux des odeurs de cigarette bizarres, pas des odeurs de gauloise.

« Le bruit commence vers minuit ou une heure. D'abord des murmures incompréhensibles, avec des chut... comme si on imposait silence... »

« Au début, elle pensait que c'étaient des cambrioleurs. Quand elle en parlait à son mari, il lui disait ne rien entendre. Mais comme elle est frigide depuis le début de sa maladie, il couche dans une autre chambre, la porte fermée, et il ronfle. Quand elle le réveillait pour écouter, ceux du couloir, qui étaient malins, se taisaient. Ainsi ne pouvait-il, lui, jamais rien entendre... »

« Ces manèges ont depuis toujours continué la nuit. Mais, dans la journée, elle voit des têtes qui ne sont pas de la maison... Au début, elle les saluait quand même, mais on ne lui répondait pas... Ces gens ont des voitures, pas de simples voitures d'ouvriers ou de commerçants, elles sont trop luxueuses..., avant elles n'étaient d'ailleurs pas si belles, mais à mesure qu'ils sont restés là, leurs voitures ont changé de style... A son avis, ce sont des communistes. Quand ils se rencontrent, ils font entre eux un salut comme les Russes, se disent : bonjour, camarade. Ils vont toujours au City Bar qui est peint en rouge vif, ce qui est un signe. Certains sont toujours les mêmes : un monsieur bien habillé, la figure colorée, le chapeau bien enfoncé sur les yeux. Il a une belle voiture grise. Il apparaît de temps en temps, chuchote quelques mots au concierge qui, lui aussi, est dans le coup... »

« Une autre fois, dans les jardins de la mairie, elle en a repéré un, bien mis et qui boite. Quand elle est partie, il est parti aussi dans une autre direction, mais qui lui permettait de la rejoindre quand même..., mais le gris doit être une sorte de chef..., c'est lui qui mène l'histoire, les autres comprennent ses ordres par signe... ; quand ils sortent de leurs réunions, ils disent : « Il faudrait lui faire autre chose que ça, peut-être lui couper la tête..., ils parlent à voix basse mais elle se met aux aguets derrière sa porte et elle les entend quand même... Une fois ils ont dit : On va l'envoyer au Père-Lachaise, c'est là où on brûle..., d'ailleurs une odeur de brûlé sort de l'abri qui est au fond de la cour et où ils descendent toujours pendant que le concierge qui en a les clefs fait le guet... »

« Quand ils disent : C'est pour aujourd'hui..., elle va se réfugier chez une amie. D'autres fois, ils font le signe de couper la gorge en regardant dans sa direction... Le boucher d'en face a dit : Ça ne laisse aucune trace... C'est affreux, parce que si elle venait à disparaître on ne pourrait accuser personne. Le boucher a fait d'abord le geste de lui enfoncer le couteau dans le cœur, puis de la dépecer et de montrer aux autres les morceaux..., etc... »

« Comme les derniers jours, dit-elle, ils devenaient encore plus menaçants, elle refusait de coucher chez elle. Chez son amie, elle ne ressent rien, sauf une fois, "une drôle de chose au cœur" qui pourrait bien être leur fait... Les aliments n'ont pas de goût spécial, mais elle prend ses précautions, n'achète notamment que du vin cacheté. Si son amie ne peut plus l'héberger, elle aime mieux aller se mettre sous la protection de la police que de rentrer chez elle. Ou bien elle demande que deux agents l'accompagnent pour la protéger. Elle ne peut sortir seule car, à chaque porte de cave, il y a un homme mal habillé qui attend et surveille, fait des signes d'intelligence quand il l'aperçoit, de dépit quand elle est accompagnée... »

A cet examen d'entrée comme pendant le reste de son séjour, on ne trouve rien de notable en dehors de ce riche système délirant. La lucidité, la cohérence, la mémoire, l'orientation sont excellentes. Il n'existe pas de déficit intellectuel évident.

Mais si dans le service son comportement est des plus banaux, puisque « ici elle n'a rien à craindre », les thèmes délirants n'en restent pas moins

inchangés. « Quand ces gens-là en veulent à quelqu'un, dit-elle, ils ne l'oublient jamais... » Et elle réfute toute hypothèse d'illusions de ses sens ou d'erreurs d'interprétation. « Ce n'est pas, dit-elle, pour moi une maladie comme pour certaines dames qui sont ici... »

La maladie d'Addison reste bien stabilisée, la dose de cortisone a été ramenée à 12 mgr. 5 quotidiens, la désoxycorticostérone maintenue à deux fois 5 mgr. par semaine. Ces doses ont été provisoirement augmentées pendant un léger épisode fébrile broncho-pulmonaire, qui a rapidement régressé sous antibiotiques. Le traitement de cortisone est surveillé cliniquement, biologiquement et par le tracé électro-encéphalographique, selon les directives maintenant habituelles.

Cette observation est donc celle d'une maladie d'Addison, actuellement traitée par la cortisone, ayant présenté à plusieurs reprises des troubles psychiques aigus contemporains de poussées d'hypocorticisme et d'évolution parallèle, et chez laquelle s'est ensuite installé un délire chronique à thème de persécution.

Nous voudrions à son propos formuler plusieurs remarques.

1° Il est classique depuis Addison lui-même, mais surtout depuis Chauffard (1894), Klippel (1899) et Sergent (1903 et 1911), de décrire les troubles mentaux de l'insuffisance surrénale.

G. Boittelle (1949) a souligné que les troubles mentaux graves de la maladie d'Addison surviennent lors des poussées d'hypocorticisme bien souvent terminales. Enfin, dans une remarquable revue générale non encore publiée, C. Koupernik a montré qu'ils se manifestaient avant tout par des modifications globales de la conscience, à forme le plus souvent confuso-onirique, mais au cours desquelles tous les degrés de dissolution peuvent s'observer.

Quant aux troubles graves d'évolution chronique, ils semblent beaucoup plus rarement décrits : A. Vigouroux et Ach. Delmas (1907), A. Porot (1937).

Ici, nous trouvons la succession particulièrement frappante de deux catégories de troubles cliniquement bien différentes :

d'abord, des troubles mentaux aigus de type classique, accompagnant les poussées évolutives ou les périodes d'épuisement des implants, consistant essentiellement en modifications globales de la conscience et ayant une évolution remarquablement parallèle à l'action générale du traitement de la maladie d'Addison ;

puis un délire chronique systématisé se développant en dehors des poussées évolutives de la maladie d'Addison et ne semblant aucunement influencé par sa thérapeutique.

Deux d'entre nous ont eu l'occasion d'observer il y a peu de temps une autre malade, qui présentait une évolution clinique exactement superposable à celle-ci.

Il est permis de penser que seules les survies prolongées autorisées par les thérapeutiques modernes de la maladie d'Addison permettent l'apparition de troubles mentaux chroniques très différents de ceux

qui accompagnent les poussées aiguës de la maladie. Ce sont des formes cliniques que l'issue jusqu'ici trop souvent fatale de ces poussées graves n'avait pas permis de décrire.

2° Il est possible de discuter la participation du traitement à la cortisone dans la genèse des troubles mentaux présentés par notre malade.

Mais, d'une part, une anamnèse minutieuse fait ressortir que les premières bizarreries et les premières peurs, notamment celles ayant entraîné le blindage des portes du domicile, sont bien antérieures à la mise en œuvre de la cortisone.

D'autre part, les accidents mentaux des traitements à la cortisone si bien décrits dans un récent travail de A. Luras (1952) surviennent chez des malades dont la carence corticale est bien moindre que celle des Addisoniens. Enfin, l'ensemble de leurs caractères, soulignés dans le travail de Luras : acuité, polymorphisme chez un même malade, troubles de la conscience avec confusion, sont tout à fait en opposition avec le délire chronique systématisé de notre malade, sur laquelle les variations de dose de cortisone sont d'ailleurs restées tout à fait sans effet.

Nous ne pensons donc pas que celle-ci puisse être ici incriminée.

Il n'en demeure pas moins qu'une surveillance attentive y reste de mise comme dans tout traitement prolongé à la cortisone.

3° Dans une perspective étiopathogénique, le rôle des troubles aigus accompagnant les poussées nous semble devoir être retenu pour la genèse de l'état actuel. Rappelons que nous avons observé un tableau tout à fait superposable de délire chronique systématisé chez une autre malade ayant également présenté au cours de sa maladie d'Addison des poussées évolutives particulièrement dramatiques et répétées. Nous y reviendrons dans un travail ultérieur.

DISCUSSION

M. P. ABÉLY. — J'ai le souvenir d'il y a quelques années, alors que M. P. Bensoussan était mon interne, d'avoir eu dans le service une malade présentant ce type délirant terminal, précédé d'épisodes confusionnels antérieurs. Il correspondait exactement à celui décrit aujourd'hui par le présentateur. Cette malade n'avait jamais reçu de cortisone, ce qui permet d'écarter l'hypothétique influence de cette hormone dans le déclenchement du syndrome délirant.

La séance est levée à 13 heures.

Le secrétaire général :

D^r Xavier ABÉLY.

Séance du lundi 22 mars 1954

Présidence : M. B. LOGRE, président

COMMUNICATIONS

Cure de Sakel. Réaction allergique. Cortisone,
par MM. H. MIGNOT, J.-B. DENIS et H. HEYWARD.

Les hormones cortico-surrénales sont à l'ordre du jour. Depuis leur récente découverte, elles ont suscité un grand nombre d'études et de publications. Toutefois, en raison des accidents d'ordre psychiatrique qu'elles sont susceptibles de déclencher, leur application chez les malades mentaux ne s'est faite encore qu'avec la plus extrême prudence. Les quelques résultats encourageants rapportés sans grande conviction du reste par certains auteurs, notamment dans le traitement des états dépressifs, n'ont pas ébranlé la circonspection de la grande majorité des psychiatres ; la généralisation de l'emploi de ces hormones dans notre spécialité ne nous paraît pas proche si toutefois elle doit se faire un jour.

Il semble cependant que, sous réserve d'une surveillance étroite on puisse, dans une certaine mesure, maintenir les indications habituelles de la corticothérapie dans un service de psychiatrie. C'est ainsi par exemple que, pour notre part, nous avons pu faire cesser très rapidement un état de mal asthmatique rebelle aux thérapeutiques classiques chez une hétérocatatonique. Le traitement, poursuivi pendant huit jours avec des doses rapidement dégressives, parut alors déclencher un état d'agitation. L'interruption immédiate de la cortisone, remplacée alors par un neuroplégique, suffit à tout faire rentrer dans l'ordre. Par chance, la malade n'a depuis lors — avec un recul de six mois — pas présenté de nouveaux paroxysmes dyspnéiques.

L'observation que nous rapportons plus particulièrement est celle d'une malade chez qui nous avons traité une intolérance à l'insuline par la cortisone.

Malgré des insuffisances éminemment regrettables, et avant tout une absence à peu près totale de contrôles biologiques, elle nous paraît intéressante à plusieurs égards.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une femme de 44 ans, bien réglée, qui entre dans le service avec un syndrome paranoïde banal remontant à près de

quatre ans. Dans ses antécédents on relève, à l'âge de 7 ans, une commotion cérébrale au cours d'un bombardement. A l'âge de 25 ans, un épisode confusional avec hallucinations, qui dure un an. Pendant la guerre, elle aurait failli perdre la vue mais ne peut préciser davantage. Enfin, en 1946, grossesse gémellaire d'une fille décédée à la naissance et d'un fils qui meurt quelques jours plus tard. La recherche minutieuse de phénomènes allergiques reste absolument négative.

L'examen somatique est négatif, la tension artérielle à 12/7 et l'urée sanguine à 0 gr. 22‰.

Une cure de Sakel est entreprise le 28 décembre 1953. La glycémie est alors à 0 gr. 80‰.

Le 6 janvier, avec 50 unités d'insuline, elle fait un premier coma.

Dans les jours qui suivent, les infirmières remarquent qu'environ demi-heure après l'injection apparaissent des plaques rouges, sur les bras et la poitrine de la malade. Celle-ci, au réveil, accuse un léger prurit.

Mais, le 10 janvier, ces phénomènes prennent brusquement une intensité considérable : le corps et les membres sont couverts de vastes plaques urticariennes, avec un œdème à peu près généralisé. Température à 38°. Le prurit, enfin, est extrêmement intense. Ce jour-là, malgré une dose identique d'insuline, la malade n'atteint pas le subcoma.

Nous prescrivons alors des antihistaminiques usuels, dont l'action est extrêmement faible, si bien que le traitement est suspendu le lendemain.

Plutôt que de renoncer à cette cure qui, par ailleurs, se déroule fort bien et paraît amener une certaine amélioration de l'état mental, nous décidons de le poursuivre avec une autre marque d'insuline et sous le couvert d'une très faible dose de cortisone : 25 milligrammes administrés une demi-heure avant l'injection.

Cette posologie extrêmement modeste nous fut dictée tant par la crainte d'une aggravation de l'état mental que d'une inactivation de l'insuline. Nous redoutions par contre qu'elle fût insuffisante à prévenir l'apparition de nouveaux phénomènes allergiques. Contrairement à notre attente, celles-ci disparurent complètement alors que, malgré une augmentation progressive des doses d'insuline, les réactions hypoglycémiques dès lors limitées à la transpiration s'atténuaient de jour en jour.

Huit jours plus tard, les doses de cortisone sont progressivement réduites jusqu'à 5 mgr. par jour à dater du 24 janvier.

Le 25, nouveau coma avec 110 unités.

Le 26, même dose, coma, sucrage identique mais, 1 h. 1/2 après, la malade se sent à nouveau envahie par la somnolence et doit être resucrée.

Les jours suivants, le traitement se poursuit normalement mais, le 29 janvier, on note à nouveau l'apparition de quelques papules prurigineuses.

Pendant tout ce temps, malgré l'arrêt des comas et l'administration de la cortisone, l'amélioration de l'état mental n'a pas cessé de se confirmer si bien que, le 31, la famille demande la sortie de la malade. Celle-ci est accordée malgré l'intérêt qu'il y aurait eu à poursuivre plus longtemps cette observation.

Il eût certes été capital de pouvoir pratiquer avant et au cours de cet essai un certain nombre d'examen et d'épreuves de laboratoire.

L'hôpital, hélas, éloigné du centre hospitalier de Rouen et privé de laboratoire, ne se prête pas à ce genre de recherche. Les élémentaires dosages de la glycémie sont à la merci d'une coagulation sanguine au cours du

transport. C'est ainsi que nous n'avons pu obtenir que deux dosages valables. Le 25 janvier, jour du premier coma sous cortisone : avant l'injection d'insuline, 0 gr. 91‰ ; deux heures plus tard, 0 gr. 39‰.

Par ailleurs, nous avons dû nous contenter de constatations empiriques. Néanmoins, en dépit de ces énormes lacunes, cette histoire permet de tirer quelques conclusions.

Ce sont, d'une part, la confirmation de notions bien connues : la remarquable efficacité de la cortisone. — même aux doses minimales employées ici — sur les phénomènes allergiques, notamment à l'insuline.

L'inactivation de l'insuline par la cortisone, se traduisant par la suppression radicale des comas qui, jusqu'alors, se produisaient avec des doses faibles.

Cette action anti-insulinique de la cortisone est extrêmement variable selon les sujets ; elle semble avoir été particulièrement intense dans notre cas.

Faut-il attribuer le début de récurrence du coma, lorsque celui-ci réapparut, à une hypersensibilité secondaire à l'insuline, telle que l'ont signalé les travaux belges ? Nous ne le pensons pas car, d'après ces publications, cette inversion de l'action de la cortisone serait nettement plus tardive.

D'autre part, non seulement la cortisone n'a pas eu de retentissement fâcheux sur l'état mental de la malade, mais l'amélioration n'a pas cessé de s'accroître malgré l'interruption des comas insuliniques. A tel point qu'une sortie a pu sans inconvénient être tentée beaucoup plus rapidement qu'on aurait pu l'espérer d'abord.

La cortisone a-t-elle joué un rôle d'appoint favorable dans cette évolution ? Il serait très hasardeux de le prétendre, mais il est incontestable qu'elle n'a pas nui.

Accidents mentaux de la thérapeutique cortisonique, par MM. Maurice LETAILLEUR, Pierre SCHMIDT et Maurice WICKER.

La communication faite par M. Rondepierre le mois dernier (1) ayant ouvert, devant votre Société, le débat sur les complications mentales qui peuvent survenir à l'occasion des traitements par la cortisone, nous avons cru intéressant de rapporter l'observation à laquelle l'un de nous (1) a fait allusion au cours de la discussion qui a suivi cet exposé.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, que le médecin-psychiatre de l'infirmerie médicale psychiatrique, où elle exerçait les fonctions de monitrice, considérait comme une personne d'intelligence moyenne,

timide, discrète et consciencieuse, mais très émotive. Notre collègue signale en particulier que sa collaboratrice n'a jamais été ni excitée, ni déprimée sans motif, que le contact avec elle était bon et direct, et enfin qu'elle ne présentait aucun signe, ni de la série cyclothymique, ni de la série schizophrénique. Par contre, sa mère, femme assez intelligente, est une grande déséquilibrée, surtout au point de vue affectif et caractériel, dont le *curriculum vitae* et la vie sentimentale sont très mouvementés. Divorcée avec son premier mari, dont la malade n'était d'ailleurs que la fille légitime, elle avait depuis longtemps, avec son second époux, de graves démêlés, et ceux-ci ont maintenant abouti à un nouveau divorce après des alternatives fréquentes de séparation et de réconciliation. La fille paraît avoir cherché à fuir ce « milieu familial », rendu pénible par les scènes violentes, allant jusqu'aux coups, entre sa mère et ce beau-père, personnage assez curieux au point de vue psychologique et moral, lui-même accusé par sa femme et par la rumeur publique d'un excès de prévenance à l'égard de sa belle-fille.

Les antécédents pathologiques comportent des maladies banales (coqueluche, rougeole, varicelle, scarlatine avec complication rhumatismale, oreillons, grippe), qui ont évolué sans incidents nerveux. En 1950, apparaissent quelques « poussées rhumatismales » et en juin 1952 on porte le diagnostic de polyarthrite chronique évolutive avec atteinte des mains, des coudes, de l'épaule gauche, des genoux, acrosudation et légers troubles trophiques. Il s'agit d'une forme sévère dont on prévoit une rapide extension, les traitements prescrits, notamment les sels d'or et ceux de cuivre, s'étant révélés inefficaces.

Le 23 septembre, les examens de laboratoire (formule sanguine, numération leucocytaire, analyse des urines, glycémie, urée, etc...) ayant donné des résultats normaux, un traitement par la cortisone (300 mgr. le premier jour, 200 le deuxième jour, 100 les dix-sept jours suivants) est entrepris dans un hôpital parisien, avec les précautions d'usage (régime déchloruré) sous la direction d'un rhumatologue possédant une grande expérience de cette thérapeutique.

Cette cure amène une amélioration remarquable et rapide de la polyarthrite. La malade, plutôt renfermée et taciturne au début, devient plus gaie et plus loquace. Cette euphorie, tout à fait justifiée par cette réussite spectaculaire, « demeure dans l'ensemble plutôt moindre que ce qu'il est habituel de constater », ajoute notre confrère, qui avait alors déjà traité une centaine de cas de la même façon et pouvait faire des comparaisons.

Le 14 octobre, la malade part en convalescence dans une maison de repos, où elle doit continuer à absorber la cortisone par voie buccale (125 mgr. par jour). Le lendemain, elle présente une poussée thermique à 40 accompagnée de signes gastro-intestinaux et d'épistaxis qui cèdent aux antibiotiques, bipéniacilline et tifomycine ; le soir, la température tombe à 37°6 et le lendemain à 37°. Ce traitement, associé à la cortisone, est continué jusqu'au 19. La malade est alors capable de tenir à jour elle-même sa feuille de température et jusque-là semble être restée normale au point de vue mental. Cependant, une lettre rédigée le 16 traduit déjà une expansivité et une tendance à la rêverie imaginative, qui semblent inhabituelles chez elle, et qui vont de pair avec l'euphorie confortable déjà signalée. L'écriture est ordonnée et claire ; mais le ton enjoué, le récit décousu, les digressions, les mots répétés, encadrés, soulignés, donnent à cet écrit une teinte légèrement hypomaniaque.

Le 19 octobre au matin, la malade note encore sa température et son traitement ; quelques heures après, elle est agitée, logorrhéique, se plaignant d'étouffer, accusant l'infirmière d'avoir « voulu la faire mourir sept fois ». Le 21, il faut l'admettre d'urgence à l'hôpital psychiatrique de Clermont. Elle présente une excitation psychique et motrice intense avec logorrhée, propos incohérents, surtout grossiers et érotiques, euphorie, mobilité de l'humeur, ironie et malveillance, activité ludique, cris, chants, éclats de rire, gémissements, pleurs et grimaces, insomnie. Sur le questionnaire qu'elle remplit à l'entrée, on note des extravagances. Ainsi, elle fait suivre son nom de la mention « Fanfan la tulipe » et sa signature d'une imitation de celle de Jean Marais ; elle indique qu'elle est venue pour « faire son éducation sexuelle ». Les « erreurs » sur sa date de naissance (16 juillet 1952 au lieu de 16 juillet 1932) et sur celle du jour de son entrée (22 juillet 1952 au lieu de 21 octobre 1953) tiennent sans doute autant à l'inattention et au jeu qu'à la confusion. Elle donne par instant l'impression de parler à des êtres imaginaires, mais ne semble pas croire à leur réalité ; il y a dans son attitude une part de « comédie ». Elle paraît avoir une vague conscience de son état, car elle indique que sa présence est justifiée par sa nervosité. Elle refuse de répondre aux questions, s'oppose à l'examen, crache et se débat. Sa température est à 38, son pouls bat à 120 avec des paroxysmes à 150 ; sa tension artérielle est à 12/7,5.

Les jours suivants, malgré la persistance presque permanente de l'agitation et de l'excitation verbale, le contact devient un peu plus facile. Certains symptômes, masqués à l'arrivée par le syndrome maniaque, sont mis en évidence, en particulier : la diminution de l'attention spontanée, la défaillance de la mémoire, la baisse très nette de l'efficacité intellectuelle contrastant avec les apparences trompeuses de la fuite des idées, peut-être devrait-on dire la fuite des mots tellement l'incohérence est marquée et la logorrhée vide de sens. Des phrases comme : « Je suis au Gaumont..., voici les Mickeys artificiels », accompagnées de gestes pour saisir ces petits personnages, font penser à de l'onirisme sous forme d'hallucinations lilliputiennes. Aux rares instants où elle se calme et se prête mieux à l'interrogatoire, elle extériorise même un sentiment de modification de la personnalité et d'étrangeté, sans tentative de construction délirante vraiment solide : « Je suis désintégré, dit-elle..., la cortisone m'a dissoute..., je suis une machine..., tous les jours je suis mangée par le boa. » Ces impressions qui devraient être pénibles ne s'accompagnent, en fait, d'aucune réaction émotionnelle ou, au contraire, s'associent à des manifestations affectives inadéquates et désordonnées : chants, pleurs et éclats de rire. Le diagnostic pose, dès le début, un problème difficile à résoudre en raison de l'intrication des éléments de trois syndromes : maniaque, confusionnel et schizophrénique.

Au point de vue somatique, on note une fièvre modérée avec des oscillations entre 36,9 ou 37 le matin et 38 ou 38,1, rarement 38,5 le soir, liée au moins en partie à l'évolution torpide d'un abcès de la région fessière, siégeant dans le voisinage de l'articulation coxo-fémorale, dont le point de départ semble être une injection intramusculaire sans doute de cortisone. Celui-ci met un mois à se collecter, malgré les traitements locaux et les antibiotiques. Après incision et évacuation du pus verdâtre, la température reste longtemps instable, et pendant un mois encore la courbe présente souvent des clochers à 37,5 ou 37/8. Dix jours après l'entrée, apparaît une éruption constituée

par des papules érythémateuses veloutées, s'effaçant à la pression, survenant en vagues successives : les unes de la dimension d'une pièce de 50 centimes, sont réparties en zones de confluence aux endroits en contact avec le linge (genoux) ou sur lesquelles s'exercent des pressions (face postérieure des épaules) ; d'autres, de la taille d'une lentille, sont disséminées au cou et à la face antérieure des jambes. Sur le visage s'étendent de grands placards érythémateux ; la langue et la gorge sont rouges. En 48 heures, ce rash cutané s'efface complètement et sans laisser de trace.

La tension artérielle, tombée à 9/6 le 31 octobre, ne remonte que progressivement et lentement à 12,5/7 fin novembre, pour s'y maintenir définitivement. Le rythme du pouls, longtemps accéléré et instable, s'est normalisé plus tardivement et de façon incomplète : en janvier, la tachycardie dépasse encore quelquefois 100 à l'occasion d'excitation.

Les examens complémentaires pratiqués peu après l'admission montrent l'existence de perturbations biologiques importantes : le taux des protides totaux ($N = 75$ à 85) est abaissé à 53 gr. %, celui de la sérine ($N = 45$ à 55) à 39 gr. %, et celui de la globuline ($N = 25$ à 35) à 14 gr. %, avec un rapport serme/globuline à $2,7$ ($N = 1,2$ à $1,8$) (D^r Borin, 4-11-1952). Le temps de saignement, 2 minutes ($N = 3$) et surtout le temps de coagulation, 2 minutes 10 secondes ($N = 10$ minutes) sont nettement diminués (D^r Schmidt, 9-11-1952). A l'épreuve d'Aldrich et Mac Clure, la durée de résorption de la boule d'œdème est d'une demi-heure (8-11-1952). La numération sanguine (MM. Jovenet et Magnier, 17-11-1952) s'établit ainsi : hématies, 4.020.000 ; plaquette sanguine, 300.000 ; leucocytes, 9.800 par mm³, avec 85 % d'hémoglobine, et valeur globulaire à 1,05 ; la formule leucocytaire se traduit par les chiffres suivants : a) polynucléaires : 48 % dont 42 % de neutrophiles et 6 % d'éosinophiles ; b) mononucléaires : 52 % (grands 8, moyens 15, lymphocytes 29). A noter que cet examen a été pratiqué au moment où évoluait l'abcès de la fesse. L'azotémie est de 0,72 % le 12-11-1952, mais tombe à 0,48 % début décembre. La glycémie se maintient entre 0,85 et 0,95 ; la kalérine passe de 0,290 % (17-11-1952) à 0,270 % (15-12-1952), le chlore plasmatique de 2,70 % à 2,80 ($N = 3,2$ à $3,4$) pendant la même période. Le granulogramme de Benda, fait au laboratoire du D^r Hyvert le 9-11-1952, s'est montré très pathologique ($N = 15$; ± 41 ; $+ 44$), renouvelé au moment de la sortie (31-1-1953), il était devenu voisin de la normale ($N = 35$; $+ 40$; $+ 25$). Le dosage des stéroïdes urinaires n'a pas pu être fait en raison des conditions de travail dans lesquelles nous nous trouvions.

L'électrocardiogramme (D^r Letouze, 4-12-1952) indique un rythme sinusal aux environs de 90 ; l'auriculogramme et le ventriculogramme sont sensiblement normaux. L'électro-encéphalogramme enregistré par M. Minot (27-12-1952) donne à la lecture : rythme de base α à 10 c./s. bien réparti, bonne réaction d'arrêt ; modification importante du tracé à l'hyperpnée ; diminution de l'amplitude, augmentation de la fréquence, apparition de bouffées d'ondes θ , principalement dans les dérivations frontales.

Pendant des semaines et des semaines, l'aspect clinique restera atypique, flou, mais surtout mobile et variable. Tantôt, la teinte maniaque, moins franche encore que le jour de l'entrée, surchargée d'une nuance confusionnelle plus ou moins marquée, domine le tableau ; tantôt, la touche schizophrénique le colore de façon plus accusée.

Rarement absolument syntone, la malade prend cependant parfois le

contact avec la réalité, d'une façon surprenante, pour faire un jeu de mots, ou une remarque très sensée. A d'autres moments, elle paraît tout à fait « déconnectée », indifférente et absente. L'excitation est plus motrice qu'intellectuelle ; l'attitude et la conduite relèvent plus souvent de la bizarrerie de la schizomanie, mais quelquefois plus nettement de l'espièglerie de la manie. Le désordre des actes perd la forme d'un jeu pour devenir de l'impulsivité. L'ironie, les rires et les grimaces s'extériorisent de façon telle que, suivant les circonstances, on peut les rattacher à l'un ou l'autre des deux syndromes. Si bien que, lorsque nous avons eu l'occasion de présenter cette malade à des collègues expérimentés, les uns ont porté le diagnostic de manie, et les autres celui de schizophrénie. Nous avons nous-même changé plusieurs fois d'étiquette nosologique au cours de l'évolution.

Finalement, au bout de trois mois, les périodes de calme étaient devenues plus longues, et le contact meilleur, l'attitude moins bizarre, la discordance moins marquée, lorsque la malade a quitté le service contre avis médical. Elle se montrait encore souvent incohérente, fantasque et désordonnée, et continuait à présenter un appétit capricieux, une insomnie tenace et difficilement jugulée par les hypnotiques classiques. L'état général étant alors satisfaisant, nous avons envisagé de faire un traitement par les électrochocs pour effacer les séquelles de cette psychose complexe et atypique. Nous avons appris depuis, par le médecin de la famille, qu'elle avait guéri en quatre ou cinq mois, uniquement grâce à des sédatifs.

Ainsi donc, chez une jeune fille de 20 ans, atteinte de polyarthrite chronique évolutive, est apparu, au vingt-sixième jour d'un traitement par la cortisone, un syndrome mental maniaco-confuso-schizophrénique grave, qui a guéri seulement au bout de huit mois d'évolution.

L'étude de cette observation permet de confirmer un certain nombre de constatations faites par différents auteurs, et de souligner quelques aspects particuliers des psychoses cortisoniques.

Au point de vue nosologique, nous insisterons sur le caractère atypique et variable des troubles mentaux avec, suivant le stade de l'évolution, prédominance plus ou moins accusée et surtout intrication complexe d'éléments du syndrome maniaque et de symptômes de la série schizophrénique sur un fond confusionnel, revêtant des degrés divers, mais constants, comme l'a bien noté Luras (cf. communication de M. Rondepierre) (2). Ce dernier fait concorde avec le résultat des études expérimentales de Delay, Pichot, Perse et Aubry (3), qui ont mis en évidence, chez les malades traités par A.C.T.H. ou cortisone, une baisse du niveau au test d'intelligence non verbal et une légère détérioration mentale, malgré l'apparence d'hyperactivité que peuvent donner l'euphorie et « les éléments de la série moriatique ». Le dérèglement de la sphère thymique, les alternances d'hypothymie et d'hyperthymie, les alternatives d'athymormie et d'hyperhormie observées chez notre malade, comptent parmi les manifestations les plus nettes de sa psychose. Elles apportent un argument de poids à l'hypothèse d'une pathogénie diencéphalique et hypothalamique, encore renforcée par la constatation de perturbations neuro-végétatives et

biologiques, comme les troubles de la régulation de la faim et du sommeil, les modifications du mécanisme des protides, le déséquilibre des électrolytes, les troubles de la crase sanguine, etc... Elles justifient, quand l'état physique permet de le faire sans danger, l'utilisation de l'électro-choc, qui est par excellence une thérapeutique à base thymique.

Au point de vue *étiologique*, on retrouve le terrain psychogène constitué par le déséquilibre intellectuel et affectif de la mère de la malade, l'émotivité de cette dernière et, sans doute, les réactions névrotiques auxquelles l'a exposée une adolescence passée dans un milieu agité. La poussée thermique avec signes gastro-intestinaux, notée quatre jours avant le début de la psychose, a été semble-t-il de trop courte durée et d'une intensité trop faible pour que l'on soutienne valablement qu'elle puisse être responsable de celle-ci. La cortisone, avec le cortège de perturbations biologiques et la diminution des réactions de défense de l'organisme qu'elle a entraînées, paraît être seule en cause.

Bien que notre malade ait guéri, et de sa polyarthrite chronique évolutive et des complications provoquées par cette « médication merveilleuse », de telles observations montrent que la cortisone doit être employée avec prudence. En raison de l'importance sans doute exagérée accordée au terrain, dans la pathogénie des accidents mentaux, il pourrait être tentant de faire d'une hérédité ou d'antécédents vésaniques une contre-indication absolue à son emploi. Cependant, certains auteurs américains considèrent la cortisone comme un « sensibilisateur à l'électro-choc » [Zwingelstein (4)], d'autres envisagent son utilisation comme thérapeutique d'appoint. En France, M. Montassut (1) indique qu'il a pu l'employer sans inconvénient chez les paralytiques généraux ; P. Abély (1) se propose de l'utiliser chez des schizophrènes, mais seulement lorsque le taux des stéroïdes urinaires ne dépasse pas la normale ; M. Mignot et Denis viennent d'indiquer que son association à l'insulinothérapie leur a donné des résultats intéressants.

L'étude clinique des accidents mentaux que provoque la cortisone, en mettant en lumière son action indéniable sur la sphère thymique, aura peut-être le mérite de favoriser son application en thérapeutique psychiatrique, à condition de canaliser ses effets.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. J. RONDEPIERRE : Psychose cortisonique, *Annales médico-psychologiques*, février 1954 ; et discussion : M. MONTASSUT, P. ABÉLY, M. BERGERON, M. LETAILLER. — 2. A. LAURAS : Contribution à l'étude des accidents psychiatriques graves de la corticothérapie surrénale (A.C.T.H., cortisone). *Thèse*, Paris, 1952. — 3. J. DELAY et P. PICHOT : Etude expérimentale des modifications psychologiques produites par les traitements par l'A.C.T.H. et la cortisone. *Encéphale*, 1952, p. 393. — 4. ZWINGELSTEIN : A.C.T.H., cortisone et troubles mentaux. *Thèse*, Bordeaux, 1952.

A.C.T.H. et cortisone en psychiatrie,
par MM. J. DELAY, L. BERTAGNA et A. LAURAS.

Nous voudrions présenter brièvement ici notre expérience personnelle sur la cortisone et l'A.C.T.H. en psychiatrie. Nous ne l'avons pas fait plus tôt car nous attendions la parution du livre jubilaire du professeur Henri Roger, pour lequel nous avons écrit sur ce sujet un mémoire (juin 1952).

I. *Les modifications habituelles du psychisme au cours de la corticothérapie surrénale.* — Signalées dès les débuts de cette thérapeutique par Hensch et Kendall, elles se retrouvent chez 75 % des malades traités. Il s'agit d'un état d'excitation psychique euphorique s'accompagnant d'un sentiment de facilitation des processus intellectuels et comportant comme corollaire une tendance à la logorrhée et à l'insomnie. L'un d'entre nous, avec P. Pichot, J. Perse et J.-L. Aubry, en a entrepris l'étude systématique par l'emploi de tests d'intelligence et de caractère sur une série de malades rhumatologiques traités dans le service du professeur Coste. Les résultats de ce travail, parus dans « L'encéphale » (n° 5 de 1952), ont abouti aux conclusions suivantes : au point de vue intellectuel, le traitement par l'A.C.T.H. et la cortisone amène une baisse légère de l'efficacité intellectuelle, contrastant avec les impressions subjectives des sujets. La personnalité pré-thérapeutique des rhumatisants chroniques traitée par l'A.C.T.H. et la cortisone est caractérisée par un profil caractériel du type décrit dans les affections organiques chroniques. La thérapeutique par l'A.C.T.H. et la cortisone tend à améliorer le profil caractériel en faisant baisser les scores névrotiques mais en faisant apparaître des éléments de la série moriatique. Il existe une liaison entre les modifications observées et le profil pré-thérapeutique. L'A.C.T.H. et la cortisone tendent à niveler tous les scores au niveau moyen du sujet. Les modifications observées offrent des similitudes remarquables avec celles observées sous l'influence de l'intoxication éthylique légère.

Ces modifications sont sans doute spécifiques de la corticothérapie surrénale, comme le donnent à penser leur quasi-constance, leur apparition dès le début du traitement, leur disparition dès qu'il est interrompu et, enfin, leur indépendance par rapport au résultat de la corticothérapie surrénale sur la maladie traitée.

II. *Les psychoses de la corticothérapie surrénale.* — La thèse de Luras sur ce sujet contient, outre une bibliographie complète, dix observations personnellement suivies. Il est particulièrement intéressant de noter la similitude des conclusions qui se dégagent de notre expérience et de celles des auteurs qui ont groupé à l'étranger les plus importantes études sur ce sujet : Clark et ses collaborateurs, Rome et Braceland, Glaser.

La fréquence de ces psychoses se situe en 1952 aux environs de 1 % des malades traités. Elle est beaucoup plus faible aujourd'hui, tant en chiffre relatif : dose moindre ; administration orale nettement moins pathogène, qu'en chiffre absolu : on traite beaucoup moins par l'A.C.T.H. et la cortisone, surtout depuis l'apparition de l'hydrocortisone, utilisée par voie locale.

La dose totale de drogue administrée est très variable selon les cas.

Par contre, *le rôle d'une prédisposition constitutionnelle* nous paraît capital. C'est ainsi que, dans notre expérience, sur dix observations nous avons retrouvé huit cas d'antécédents psychopathiques majeurs (internement, psychose traitée par sismothérapie, suicide), soit chez le malade, soit chez son père ou sa mère ; bien que plusieurs auteurs aient insisté sur l'importance d'une prédisposition antérieure, aucun ne fait état d'une proportion d'antécédents psychopathiques aussi forte.

La date d'apparition des troubles psychopathiques par rapport au traitement est très variable : parfois au début, parfois au cours d'un traitement prolongé, parfois aussi après l'arrêt de la thérapeutique.

Sur le mode de début nous voudrions surtout dire la fréquence, tant dans notre expérience (trois cas sur dix), que dans celles des auteurs étrangers, d'un début brutal par tentative de suicide au cours d'un raptus anxieux (défenestration en particulier). L'anamnèse permet, même dans ces cas, de retrouver généralement de légères perturbations psychologiques antérieures, mais elles passent souvent inaperçues dans les services de médecine générale. Toute anomalie de comportement chez un malade traité par la corticothérapie surrénale doit attirer l'attention. En particulier l'anxiété, qui est ici tout à fait anormale, mais aussi une exagération de l'euphorie confinant à l'état d'excitation hypomaniaque.

D'ailleurs, *la physionomie clinique* des psychoses de la corticothérapie surrénale est extrêmement polymorphe d'un malade à l'autre et d'un jour à l'autre chez un même malade. Ceci rend compte de la diversité des diagnostics évoqués dans les différentes publications. Ce polymorphisme est l'un des caractères cliniques des psychoses de la corticothérapie surrénale. Les psychoses pures, maniaques ou dépressives, sont en effet rares. L'autre caractère clinique qui nous paraît essentiel est l'extrême fréquence (huit fois sur dix dans notre expérience) de manifestations de confusion mentale pouvant aller jusqu'à la confusion aiguë engageant le pronostic vital.

L'évolution spontanée est très capricieuse : guérison rapide dans quelques cas, évolution prolongée pendant des mois dans d'autres. Mais, finalement, la guérison survient presque toujours (neuf cas sur dix dans notre série, ce qui correspond aux chiffres des auteurs étrangers).

Fréquence d'antécédents psychopathiques, polymorphisme clinique avec note importante de confusion mentale, évolution spontanée souvent longue mais généralement favorable, autant d'éléments cliniques

qui nous ont incités à rapprocher ces psychoses de la corticothérapie surrénale de celles de la puerpéralité. Quant à l'analogie biologique de ces deux psychoses, elle est implicite dans l'histoire même de la découverte de l'A.C.T.H. et de la cortisone (rôle favorable de la gravidité sur les polyarthrites chroniques évolutives).

Le traitement de choix des psychoses de la corticothérapie surrénale, lorsque l'évolution spontanée n'est pas rapidement favorable ou lorsque la psychose prend une tournure aiguë grave est la sismothérapie électrique. Dans deux cas, l'un d'entre nous avec F. Coste a traité et guéri des psychoses graves de la corticothérapie surrénale par la corticothérapie surrénale à des doses encore plus élevées. Les résultats ainsi obtenus sont d'un considérable intérêt théorique mais cette méthode nous semble devoir rester exceptionnelle.

La pathogénie des psychoses de la corticothérapie surrénale reste bien obscure. Il ne s'agit évidemment pas d'un effet spécifique de la drogue puisque ces psychoses sont rares, indépendantes des doses administrées, apparaissant parfois alors même que cette administration a été interrompue, pouvant enfin, comme nous venons de le voir, être guéries par la reprise d'une corticothérapie surrénale encore plus intense. Il ne semble pas non plus que la théorie de l'œdème cérébral émise par H. Baruk soit satisfaisante. Comment expliquer dans cette perspective les psychoses apparaissant après l'arrêt du traitement ou celles spectaculairement améliorées par une corticothérapie surrénale encore plus intensive, ou celles, le plus grand nombre, où la psychose évolue sans aucune altération notable de l'électro-encéphalogramme. La théorie d'un hyper-corticisme pathogène ne nous paraît pas plus convaincante que celle d'un hypo-corticisme. D'ailleurs, rien ne ressemble plus aux troubles mentaux décrits dans la maladie de Cushing que ceux décrits dans la maladie d'Addison. Ce qui nous paraît ici essentiel, — et nous avons exposé ces faits dans le numéro des « Annales médico-psychologiques » du Centenaire, puis dans le cadre du « Colloque sur les maladies de l'adaptation » (mai-juin 1952) —, c'est le rôle joué par l'A.C.T.H. et la cortisone comme modificateurs, dans un sens ou dans un autre, de l'équilibre neuro-hormonal diencéphalo-hypophyso-surrénal d'une part, diencéphalo-frontal d'autre part. Ces modifications ne deviennent pathogènes que dans la mesure où il existe une prédisposition préalable.

III. *L'action thérapeutique de l'A.C.T.H. et de la cortisone en psychiatrie.* — De même qu'elles sont capables de provoquer des psychoses, l'A.C.T.H. et la cortisone sont susceptibles d'agir favorablement sur des psychoses constituées. Nous avons même vu précédemment qu'elles pouvaient, encore plus paradoxalement, guérir des psychoses de la corticothérapie surrénale.

C'est ainsi que, dans notre service, nous avons guéri une mélancolie cyclique aussi spectaculairement que par sismothérapie avec

l'avantage de ne provoquer aucun trouble de mémoire. Nous avons également guéri de cette manière une confusion mentale à rechute (observation très comparable à celle déjà publiée ici-même par MM. Sivadon, Follin et Sanson). Enfin, nous avons transformé, mais seulement pendant une dizaine de jours, une grande psycho-névrose obsessionnelle évoluant depuis des années.

Cette ambiguïté d'action psycho-pathogène et psycho-thérapeutique de l'A.C.T.H. et de la cortisone n'est pas sans précédents en psychiatrie. Les électro-chocs ne sont-ils pas capables dans certains cas de provoquer les mêmes états thymiques (dépressions, manies) ou noétiques (confusions), sur lesquels leur action thérapeutique est habituellement efficace. C'est d'ailleurs l'assimilation, par Pincus et Hoagland, de l'action endocrinienne d'un électro-choc à l'injection de 100 mgr. d'A.C.T.H., qui a amené à se servir de l'A.C.T.H. et de la cortisone en thérapeutique psychiatrique. Il ne semble cependant pas, dans l'état actuel de nos connaissances, que l'utilisation thérapeutique de l'A.C.T.H. et de la cortisone puisse pour le moment supplanter les méthodes traditionnelles. Mais, à défaut de portée pratique, l'intérêt théorique de ces faits et de ceux qui concernent les psychoses de la corticothérapie surrénale, nous paraît dès à présent considérable.

DISCUSSION

M. Paul ABÉLY. — Ma documentation en ce qui concerne les psychoses de la corticothérapie surrénale reste très limitée. Car s'il m'arrive de faire des cures de cortisone comme thérapeutique complémentaire de la cure de Sakel, je n'ai pratiquement jamais eu d'accidents mentaux liés à cette cortisonothérapie. Cela, grâce à une précaution préliminaire que j'ai indiquée dans une brève intervention lors d'une discussion à propos d'une publication de M. Rondepierre dans la séance de février dernier. Il s'agit du dosage fréquent des 11-oxy corticostéroïdes urinaires.

Si, après avoir dosé ces 11-oxy corticostéroïdes, avant et après la cure de Sakel, le taux en reste bas, la cortisone est alors parfaitement supportée et amène assez fréquemment l'amélioration psychique qu'avait incomplètement donnée l'insulinothérapie.

Mais au début de ces essais, quand je fournissais cette même cortisone à des sujets ayant un taux des 11-oxy corticostéroïdes égal et surtout supérieur à la normale, j'arrivais vite à créer un état excito-confusionnel, qui se prolongeait pendant plusieurs semaines après l'arrêt du médicament. Depuis que je sélectionne mes sujets, je n'ai plus aucun de ces accidents.

Ce qui m'a surtout frappé dans la présente communication est l'hypothèse d'assimilation des psychoses puerpérales à ces psychoses cortisoniques.

Je poursuis depuis trop longtemps l'étude des psychoses de la grossesse et du *post-partum* pour ne pas m'opposer personnellement à cette tentative générale d'assimilation. Il suffit d'ailleurs de pratiquer des contrôles biologiques systématiques au cours de la grossesse et du *post-partum* pour voir la variabilité des renseignements.

En général on assiste, dans les cinq premiers mois de la gestation, à une chute des minéraloïdes, à une augmentation parallèle des 17-cétostéroïdes et des 11-oxy corticostéroïdes. Alors qu'à partir du sixième mois les minéraloïdes remontent à leur taux normal, les 17-cétostéroïdes et les 11-oxy corticostéroïdes baissent nettement. C'est au cours du *post-partum* que les

contrôles sont le plus intéressants. En général, dans les évolutions normales, les fonctions de la cortico-surrénale s'équilibrent dans leur ensemble assez rapidement. Mais, dans les évolutions pathologiques, on assiste à des dysfonctions cortico-surréniennes, non plus globales, mais électives.

En général, dans les psychoses du *post-partum* du type mélancolique, les dosages donnent : nouvelle chute des 11-oxycorticostéroïdes, les 17-corticostéroïdes étant peu modifiés ; dans celle du type maniaque-confusionnel : taux élevé des 11-oxycorticostéroïdes, et parallèlement ou non des 17-corticostéroïdes ; enfin, dans la forme à type pseudo-schizophrénique : prédominance de l'élévation des 17-corticostéroïdes. Il serait donc illogique de traiter identiquement ces différents types cliniques, les uns étant aggravés par la cortisone, les autres améliorés par le même produit.

Dans les psychoses puerpérales, il semble bien que c'est le déséquilibre diencéphalique qui trouble la sécrétion, non de la cortisone, mais de l'A.C.T.H. D'ailleurs, dans la majorité des cas, l'encéphalographie gazeuse appliquée au moment opportun, c'est-à-dire, dans la phase pré-ovulaire, tend à rééquilibrer les sécrétions hormonales cortico-surréniennes, ainsi que le démontrent les dosages faits après cette intervention.

Une part étiologique (mais une part seulement) des psychoses puerpérales me semble dépendre d'abord de l'équilibre diencéphalique, ensuite de l'état de réceptivité personnelle (en plus ou en moins) de la corticoto-surrénale à l'A.C.T.H.

La précédente publication (de MM. Mignot et Denis), traitant d'un sujet un peu voisin, démontre l'antagonisme dans le métabolisme des sucres et l'équilibre de la glycémie, entre l'insuline et la cortisone.

M. M. BERGERON. — rappelle les éléments essentiels de l'observation, relatée par lui à la séance précédente, d'un des dix cas présentés par M. Bertagna. Ce malade a été, en effet, hospitalisé plusieurs mois dans son service. Il s'agissait d'un Nord-Africain chez qui s'est produit, à la suite d'un traitement de lupus par l'A.C.T.H., un état confusionnel avec agitation et un syndrome à type de bouffée polymorphe. Il a été mis en liberté après une amélioration suffisante pour permettre son rapatriement ; demande à M. Bertagna ce qu'il pense des inconvénients et des dangers présentés par la cortisone et son substitut actuel, l'hydrocortisone.

Répartition du temps de latence dans le test de Rorschach en fonction des composantes typologiques, par M. J. DUBLINEAU et M^{me} SOBOUL.

Dans une communication antérieure (1), nous avons insisté sur l'importance du facteur « Temps » dans l'interprétation du test de Rorschach et donné les résultats de la répartition des temps moyens par planche en fonction des facteurs typologiques. En gros, il y a un rapport entre la valeur typologique et le temps consacré à l'interprétation des planches. Les valeurs moyennes sont plus élevées pour le facteur asthénoloïde, les plus basses pour le facteur athlétoloïde. Elles sont moyennes : fortes chez le rétracté, faibles chez le pycnoïde.

(1) J. DUBLINEAU et M^{me} SOBOUL : L'intervention du facteur « temps » dans l'interprétation du test de Rorschach. *Groupe français du Rorschach*, séance de mars 1953.

Nous en avons conclu à l'époque que les fonctions athlético-asthénoides, soit en termes plus généraux, les fonctions résistancielles, étaient liées aux facteurs temporels de l'individu ; les fonctions spatiales paraissent plutôt liées aux facteurs pycno-rétractés, soit, en bref, au facteur d'adaptation.

Les chiffres ci-dessous donnent pour le même échantillonnage (219 hommes internés pour troubles du caractère et^o états psychonévropathiques divers, et soumis aux investigations anthropométriques et typologiques en usage dans le service), la répartition du temps de latence (appelé également « temps de réaction » par les praticiens du Rorschach). Nous définissons ainsi le temps qui s'écoule entre la présentation de la planche et la première interprétation (à l'exclusion des réflexions ou remarques non comptées comme interprétations). La technique de calcul (moyennes arithmétiques) est celle adoptée antérieurement, publiée par nous dans divers ordres de recherches : classement des 219 cas pour chacun des facteurs *d'affirmation* (athlético A et asthénico α) et *d'adaptation* (hyperadaptatif P, et hypoadaptatif π). Ce classement est opéré par voie de valeurs croissantes pour chacune des quatre composantes (A, α , P, π). On divise l'échantillonnage en trois lots. Le troisième lot contient ainsi les valeurs factoriologiques les plus élevées. On calcule les moyennes des temps de latence pour chaque lot ; une courbe se dessine, qui indique l'orientation de la tendance (1).

Trois tableaux se dégagent, que nous donnons ci-dessous. Les temps sont exprimés en secondes et dixièmes :

1^{er} lot

Planche	A	α	P	π	moyenne générale
I	26,4	29,0	26,9	24,8	26,9
II	37,7	30,0	35,2	33,7	35,3
III	38,5	33,2	43,0	30,6	36,9
IV	45,7	32,0	39,7	36,4	42,2
V	24,6	19,7	23,1	26,1	25,7
VI	44,9	40,2	33,9	45,6	43,0
VII	69,0	40,1	57,0	48,3	51,5
VIII	35,7	33,2	34,6	30,7	34,8
IX	55,0	38,6	53,4	50,1	47,3
X	43,1	47,2	40,9	41,4	43,6
Moyenne générale.	40,3	33,7	37,9	35,8	37,9

(1) En réalité, il a été nécessaire, dans certains cas d'interprétation délicate, d'effectuer quelques retraits partiels de protocoles, de sorte que chaque lot est inférieur de quelques unités au chiffre théorique de 73 cas. Toutefois, le retrait en question ne portant que sur une ou plusieurs planches, et jamais sur l'ensemble de l'épreuve, les 219 cas se trouvent (soit en totalité, soit en partie) intéressés dans l'ensemble des calculs.

2 ^e lot					
I	27,9	28,2	27,0	30,2	26,9
II	39,2	40,3	32,3	35,8	35,3
III	34,4	37,9	43,0	36,1	36,9
IV	43,1	48,1	51,6	45,2	42,2
V	30,7	27,5	29,3	29,3	25,7
VI	46,3	43,7	49,9	43,7	43,0
VII	47,9	56,7	51,2	45,1	51,5
VIII	40,8	38,1	35,3	32,4	34,8
IX	46,7	44,9	48,7	46,2	47,3
X	46,6	39,1	46,5	48,5	43,6
Moyenne générale.	39,7	39,6	40,5	38,6	37,9

3 ^e lot					
I	26,5	23,2	26,9	26,1	26,9
II	29,0	36,2	39,0	36,3	35,3
III	37,7	39,5	24,1	43,8	36,9
IV	37,6	46,6	33,8	42,9	42,2
V	21,5	29,8	24,5	21,8	25,7
VI	36,6	45,7	45,6	40,1	43,0
VII	41,1	59,8	46,7	60,5	51,5
VIII	27,8	32,8	34,5	41,3	34,8
IX	47,3	59,5	40,6	45,6	47,3
X	41,3	45,1	43,7	46,5	43,6
Moyenne générale.	33,2	40,4	35,1	39,2	37,9

Commentaires. — 1° Le temps de latence diminue au total pour les facteurs A et P, la diminution étant surtout marquée pour le facteur A. Le temps de latence augmente pour les facteurs α et π , l'augmentation étant surtout marquée pour le facteur asthénôïde. On retrouve en somme la prévalence du facteur « temps » dans le secteur « résistanciel », le temps étant moins important pour les valeurs adaptatives. Ces résultats sont parallèles à ceux que nous avons publiés antérieurement à propos du temps consacré globalement à chaque planche du test. Ce, toujours en fonction des facteurs typologiques.

2° Si l'on analyse le temps de latence, planche par planche, on observe que la courbe générale rappelle également (réserve faite de certains détails), celle observée à l'occasion du temps global.

Les particularités observées sont les suivantes :

Des temps particulièrement brefs s'observent dans les secteurs athlétôïdes pour la planche V (moyenne, 21"5/10) et pycnoïdes pour la planche III (24"1/10). Des temps forts s'observent pour les secteurs asthénôïdes à la planche IX (59"5/10), et pour le secteur π à la planche VIII (41"3/10).

Ces quatre notions, comparées aux temps moyens des autres planches, pourraient permettre de dégager des rapports orientant plus particulièrement le diagnostic typologique vers la prédominance de telle ou telle instance.

Répartition du temps résiduel dans le test de Rorschach en fonction des composantes typologiques, par M. J. DUBLINEAU, M^{me} SOBOUL et M^{me} KOECHLIN.

Parallèlement à l'étude du temps par planche et du temps de latence, nous avons étudié dans le test de Rorschach le temps résiduel. Nous définissons ainsi le temps qui s'écoule entre la dernière interprétation et l'abandon de la planche par le sujet, à l'exclusion des remarques ou propos formulés par l'intéressé, et non comptés comme interprétations.

Comme pour le temps de latence, l'interprétation de cette règle est parfois difficile, d'autant plus que les résultats ont été calculés pour un échantillonnage non spécialement étudié en vue de cette recherche. Un certain nombre de protocoles ont dû être partiellement retirés. Il en résulte un déchet plus important que pour l'étude du temps de latence. Cependant, les résultats nous ont paru suffisamment suggestifs pour pouvoir être publiés.

Comme pour le temps de latence, nous répartissons les résultats en trois lots, allant des valeurs typo-factoriologiques les plus basses aux valeurs les plus élevées.

<i>1^{er} lot</i>					
Planche	A	α	P	π	moyenne générale
I	52,3	55,3	59,1	46,7	56,5
II	55,8	42,1	48,2	40,4	49,2
III	45,3	30,3	42,9	32,6	38,1
IV	48,8	31,9	43,7	43,5	42,0
V	42,3	29,1	40,7	40,4	36,8
VI	40,0	29,9	35,2	36,5	36,3
VII	57,5	31,5	41,3	34,5	37,0
VIII	42,9	37,0	46,2	38,1	39,0
IX	36,7	34,6	37,0	34,6	36,0
X	45,8	45,3	66,9	41,9	46,1
Moyenne générale.	46,8	36,8	46,2	39,2	42,2

<i>2^e lot</i>					
I	53,6	57,6	50,6	63,5	56,5
II	52,3	42,6	41,3	56,7	49,2
III	39,2	38,0	38,4	38,0	38,1
IV	43,5	40,8	44,1	42,7	42,0
V	40,1	40,6	37,3	29,9	36,8
VI	39,2	30,9	39,7	38,1	36,3
VII	32,9	37,1	40,4	34,2	37,0

VIII	42,7	32,1	36,4	38,5	39,0
IX	33,0	33,7	39,7	37,2	36,0
X	51,8	45,1	39,2	35,4	46,1
Moyenne générale.	42,9	40,3	40,9	42,3	42,2

3^e lot

I	64,6	56,6	59,8	60,0	56,5
II	38,2	62,0	59,3	49,6	49,2
III	28,6	47,3	31,9	43,4	38,1
IV	33,9	53,0	40,0	41,5	42,0
V	28,3	40,0	31,2	39,3	36,8
VI	27,7	46,9	33,4	34,7	36,3
VII	28,6	47,9	32,4	43,6	37,0
VIII	32,3	51,5	34,8	40,7	39,0
IX	38,7	39,7	30,9	36,3	36,0
X	40,6	48,5	33,5	59,2	46,1
Moyenne générale.	36,4	49,7	39,4	44,9	42,2

Commentaires. — 1° Les résultats montrent, comme pour le temps global et le temps de latence, une prévalence des variations du temps avec les valeurs résistantielles : diminution du temps résiduel avec le facteur athléticoïde A et augmentation avec le facteur asthénicoïde α . Les valeurs P et π évoluent respectivement comme A et α , mais en termes beaucoup moins significatifs, et sans doute même dans les limites de l'erreur.

2° L'analyse de la répartition typo-factoriologique du temps résiduel par planche révèle quelques points particuliers. Chez les rétracés, le temps résiduel est surtout marqué pour les planches I et X. Très marqué à la planche II pour les états asthénicoïdes, il est particulièrement court pour les planches V, VI et VII pour le facteur athléticoïde.

Comme pour le temps de latence, ces différences moyennes par planche seraient susceptibles de suggérer l'établissement de rapports permettant d'approfondir le diagnostic typologique à partir de ces données.

En toute hypothèse, les résultats qui précèdent confirment l'intérêt de l'étude du temps dans l'interprétation du test de Rorschach.

Ces notions présentent l'avantage — dans une épreuve dont on critique trop souvent, à tort ou à raison, le caractère subjectif — d'apporter des éléments chiffrés dont la valeur comme telle ne peut être contestée. Il faut signaler cependant que les chiffres apportés dans la présente communication, comme dans nos communications précédentes, devraient, pour avoir toute leur signification, être repris sur une plus grande échelle, et dépouillés selon les méthodes de l'échantillonnage statistique.

Le délire réaction d'auto-défense psychique
Étude de quelques délires schizophréniques M^{me} CAVÉ.

Dans une série de communications consacrées aux schizophrénies des adolescents, nous avons eu l'occasion d'étudier plusieurs variétés de délire. Tout d'abord, les délires coexistant avec des impulsions graves au suicide ou au meurtre : c'était le cas de Lucile, Magali, Hector ; puis des délires apparaissant au milieu de phénomènes désagréatifs, c'était le cas de Sébastien ; enfin, des délires greffés sur un fond hallucinatoire : c'était le cas de Sophie, atteinte d'érotomanie, et de Pétronie, qui faisait un délire de grandeur au début. A ces observations, nous joindrons aujourd'hui l'observation d'un délire d'influence et celle d'un délire de préjudice à forme paranoïde. Notre étude comprendra alors, croyons-nous, l'ensemble des délires qui accompagnent les différentes formes de schizophrénie (seules les formes catatoniques, que nous n'avons pas eu l'occasion d'étudier, seront laissées de côté).

Dans cette communication et celles qui suivront, nous nous proposons de démontrer que les délires schizophréniques, quelle que soit leur forme, présentent deux caractères communs : 1) ce sont tous des processus auto-défensifs ; 2) cette auto-défense est de nature infantile.

Le caractère auto-défensif du délire était très net dans les schizophrénies à forme impulsive que nous avons tout particulièrement étudiées. Nous avons mis en effet en évidence qu'il existait un antagonisme foncier entre l'impulsion et le délire, les deux phénomènes variant en raison inverse l'un de l'autre et l'impulsion prenant une importance accrue lorsque, sous l'effet des événements de la vie ou sous l'effet du traitement, la croyance délirante s'effondrait. Nous avons montré le pourquoi de cet antagonisme en expliquant que l'impulsion et le délire sont deux réactions issues d'une source affective commune : un mélange intolérable d'exclusion et de hantise sexuelle. L'impulsion étant la réponse directe au sentiment d'exclusion, le délire, au contraire, constituant une réaction d'auto-défense à l'égard de l'exclusion.

Ce délire contre-impulsif consistait pour chacun de nos malades en un processus d'identification avec un personnage prestigieux, extraordinairement comblé sur le plan affectif, les malades cherchant à faire naître en eux la conviction salvatrice par des actes imitatifs, inintelligibles pour qui n'en possède pas la clef. Ils juxtaposent ainsi une situation affective de privilégié à une situation affective d'exclusion si terrible que lorsqu'il leur arrive d'en prendre conscience, ils se suicident ou ils tuent. L'impulsion est une réaction de désespoir, le délire une réaction d'auto-défense contre le désespoir. Auto-défense

infiniment dangereuse, car le contre-poison est toxique et doit être sans cesse administré. Mais auto-défense tout de même.

Le délire est également un processus d'auto-défense dans les schizophrénies à forme désagréative. L'observation de Sébastien nous l'a jadis montré.

On se souvient que l'esprit de ce malade était tiraillé entre deux désirs opposés qui accaparaient totalement son esprit : d'une part l'idée de se faire moine, d'autre part le désir de rester dans le monde et d'y contracter mariage. Au moment où M. Cossa nous l'adressa, il présentait des phénomènes de désagrégation, ressentant des impressions d'étrangeté et de dédoublement et sentant ses pensées fuir en désordre ou jaillir de tous les côtés de son cerveau à la fois. Les phénomènes désagréatifs disparurent lorsque Sébastien se débarrassa de la persistance d'une crainte de castration issue de son enfance énurétique et, renonçant au couvent, opta carrément pour le mariage, son esprit cessant ainsi d'être tiré à hue et à dia dans deux directions diamétralement opposées. Disparition qui prouve avec évidence que les phénomènes désagréatifs sont d'origine psychique.

Livré à ses propres ressources, le malade avait cependant lutté contre eux de façon relativement efficace : se livrant au copiage frénétique d'un livre de philosophie près de dix heures par jour). Il ébauchait alors un délire métaphysique et expliquait lui-même le caractère salvateur de cette activité forcenée : « La métaphysique, disait-il, n'est pas la théologie, mais elle est un pas vers la théologie, elle concilie donc à la fois le désir d'entrer au couvent et celui de rester dans le monde et de s'y marier un jour. » *Alors que le traitement psychique provoquait la disparition d'une des deux tendances écartelantes, le délire métaphysique les conciliait toutes deux, donnant à Sébastien l'illusion qu'il avait carrément opté pour le couvent alors que ses possibilités d'avoir un jour une vie sexuelle demeuraient intactes.* Il constituait donc un processus d'auto-défense efficace, mais la menace désagréative continuant à peser sur l'esprit du malade, l'auto-défense devait être constamment entretenue. D'où la frénésie des activités de copiage.

Nous arrivons maintenant aux délires hallucinatoires. Le mécanisme de ces délires étant bien connu par les travaux antérieurs, des psychanalystes et des psychiatres, je pus élucider en trois séances, dans le service de M. Heuyer, le premier délire hallucinatoire que j'eus l'occasion d'observer.

OBSERVATION. — Marfa, 25 ans, étudiante en droit, était en proie à la plus horrible anxiété : « Venez, madame, venez vous occuper de moi. Ce qu'on me fait ici ne me convient pas du tout. On me prend pour une folle et on me fait des électro-chocs ; en réalité, je suis envoûtée. Ce qu'il me faut, c'est qu'on me désenvoûte, qu'on me trouve un bon exorciseur. » Elle me

raconte qu'elle entend des voix qui — chose curieuse — ne paraissent pas bien terribles et qui lui disent qu'elle doit être une espionne au service de la France. (Nous sommes en 1946, soit deux ans après la libération ; la maladie de Marfa a éclaté il y a un an ; c'est la deuxième série d'électro-choes qu'elle subit). La jeune fille doit transmettre par signe à ses voix ce qu'elle remarque ou ce qu'elle entend de suspect ; par exemple, elle doit désigner les gens qui font du marché noir en faisant le geste de porter une valise, dénoncer les jeunes soldats qui, faisant de l'occupation en Allemagne, risquent de révéler par leurs propos inconsiderés des secrets militaires, etc. Tout cela est extrêmement pauvre, puéril, et semble sans rapport avec l'affolement de la malade, en proie à un paroxysme anxieux.

Une idée me vient, que j'exprime avec plus de ménagements que je ne l'écris : « Si vous dites que vous devez être une espionne au service de la France, c'est que jadis vous avez été une espionne au service de l'Allemagne. — C'est impossible ce que vous dites là ; mon père est officier, officier de carrière, toute ma famille était pour de Gaulle, ce n'est donc pas possible que j'ai été pour les Allemands. » Malgré ses dénégations, je persiste dans mon opinion. « C'est trop fort, finit-elle par éclater après une longue controverse, je n'ai vraiment pas de chance. Je m'adresse à vous pour que vous me désenvoûtiez, et vous me dites juste ce que me disent mes voix. — Vos voix vous accusent d'avoir espionné pour les Allemands ? — Oui, mais ce n'est pas vrai, ce n'est pas vrai, je vous le jure ; toute ma famille est gaulliste, mon père est mort en revenant de captivité, ce n'est pas possible que j'ai été pour les Allemands, renseignez-vous sur ma famille, vous verrez. »

Je promis à Marfa de la délivrer de ses voix si elle me disait la vérité et, deux séances plus tard, la défense de la malade s'effondrait et elle m'avouait que les accusations formulées contre elle par ses voix étaient exactes. Elle a dénoncé à la Gestapo une de ses camarades de classe, une jeune juive qui ne s'était pas déclarée. Celle-ci a été arrêtée un matin et conduite à Ravensbrück. Après la Libération, on a attendu son retour, mais Sarah n'est jamais revenue. Deux voix accusent la malade : une voix de femme et une voix d'homme. Elles lui disent qu'elle a été au service de l'Allemagne et qu'elle a fait mourir son père de chagrin.

La première idée qui vient à l'esprit, c'est de penser que Marfa, hantée par le remords d'une dénonciation dont elle ne prévoyait pas les si funestes conséquences, entend gronder la terrible voix de sa conscience et que là est la racine de ses hallucinations. Examinons toutefois la chose de plus près : notre malade veut être une espionne au service de la France ; ce dont elle se sent coupable, ce n'est donc pas d'avoir espionné, mais d'avoir espionné pour l'Allemagne, et ce n'est pas la mort de Sarah que ses voix lui reprochent, elles lui disent qu'elle a fait mourir son père de chagrin. Ce père, mort des suites de sa captivité, donc par la faute des Allemands, avec qui Marfa a collaboré. Le remords de la malade se situe donc moins par rapport à la mort de la camarade qu'elle a dénoncée que par rapport à la mort de son père. *La forme si particulière de son remords est donc l'indice que sa conscience morale fonctionne d'une façon profondément anormale.*

Marfa fuit devant les hallucinations primaires qui lui reprochent sa conduite, tandis que les hallucinations secondaires lui suggèrent une conduite compensatrice, sans toutefois arriver à couvrir la voix des premières. La malade se défend alors contre les voix qui l'accusent en disant qu'elle est

envoûtée. Son délire d'influence est une ligne de défense secondaire. La succession des processus auto-défensifs contre l'hallucination est connue depuis longtemps.

Baillarger avait noté jadis que certaines hallucinations exprimaient la voix de la conscience. Les psychanalystes ont fait depuis des observations dans le même sens, *montrant de façon irréfutable que l'hallucination exprime des faits réels appartenant à la vie des malades* : faits réels déterminant chez ceux-ci des sentiments intolérables de remords ou d'infériorité. [Tel cet homme, cité par Nacht, qui entendait des voix lui dire qu'il avait des organes génitaux infantiles et n'avait pu consommer son mariage — ce qui était absolument exact ; ou cette femme, que ses voix accusaient d'avoir jadis trompé son mari et mis au monde une fille qui n'était pas de lui — ce qui était rigoureusement vrai (1)]. *Les psychanalystes ont défendu la thèse que l'inacceptation de ces faits réels est à la base du processus de l'hallucination, le fait d'interpréter des idées issues de la conscience, comme des idées venant du dehors constituant déjà un mécanisme auto-défensif.*

D'après cette thèse, il n'y aurait donc pas solution de continuité entre l'hallucination et le délire, *l'hallucination représentant déjà la première manifestation d'un délire d'influence.*

Voici maintenant l'étude d'un délire de préjudice à forme paranoïde.

OBSERVATION. — Un homme de 35 ans environ, hirsute et vêtu comme un mendiant, vint en 1946 nous consulter en fin de journée — envoyé par notre confrère Mme Dauphin, qui avait alors une consultation dans un centre de reclassement professionnel — avec le diagnostic de schizophrénie. Nous le fîmes appeler ou plutôt il nous parla trois heures de suite, puis, lui ayant déclaré que nous n'étions pas qualifiés pour le soigner, nous ne le revîmes plus. Il ne s'agit donc pas d'une observation très poussée.

Cet homme, que nous appellerons Anthelme, a l'intuition qu'on le vole : quelqu'un lui emporte du sucre et du linge. A certains signes, dont l'absurdité est évidente, il comprend qu'on est venu dans sa mansarde en son absence. Bien entendu, il n'a jamais compté ni les mouchoirs, ni le sucre que paraît-il on lui dérobe ; il n'a aucune preuve positive. « C'est, nous dit-il, une simple intuition, mais celle-ci ne me trompe pas. — Avez-vous des soupçons quant à la personne du voleur ? » La réponse à cette question devait nous faire pénétrer dans le vif du sujet et nous donner le mot de l'énigme. En effet, les soi-disant voleurs sont les petits-fils d'une femme âgée de 70 ans, avec qui on prétend que notre malade a eu jadis des rapports sexuels. Comme je me récrie — de bonne foi — devant une pareille accusation ; « Ne pariez pas, madame, vous perdriez, me dit le personnage hirsute ; cette femme avait le démon de midi ! »

(1) NACHT : Contribution à l'étude des facteurs psycho-affectifs dans la genèse des états hallucinatoires. *Evolution psychiatrique*, 1934, fascicule IV.

Il me raconte cyniquement qu'il a eu des rapports avec cette vieille dame, qu'il s'est fait offrir des cadeaux par elle, lui a mangé toutes ses économies, puis l'a abandonnée, revenant ensuite la voler en son absence. « Bref, conclut-il de façon pour le moins inattendue, j'ai joué longtemps auprès de cette femme le rôle d'un fils. » (Singulière façon de jouer le rôle d'un fils que de coucher avec la mère, pensai-je alors — encore non familiarisée avec la persistance des sentiments œdipiens chez les schizophrènes).

Le malade continue à nous expliquer que cette femme lui ayant donné jadis — et lui-même ayant été lui dérober — ce qui en réalité aurait dû revenir à son fils, c'est le fils qui a été lésé matériellement. Or, ce sont les enfants de ce fils qui viennent aujourd'hui récupérer leur bien chez le voleur. *Le délire de préjudice de notre malade est donc un moyen d'échapper au remords d'avoir jadis causé un préjudice matériel au fils. C'est une manière comme une autre de rendre ce qu'il a jadis dérobé. Le mécanisme auto-défensif de ce délire est évident.*

Toutefois, une remarque s'impose — qui a trait au fonctionnement bien particulier de la conscience morale du malade : le remords pour lui ne consiste pas à avoir mangé le bien de la vieille dame, à avoir réveillé ses ardeurs, puis à l'avoir abandonnée. Tout cela le laisse froid, et c'est à l'égard du fils que se situe tout le problème de la culpabilité. Nous sommes donc amenés à faire au sujet d'Anthelme la même remarque que celle que nous avons faite pour Marfa : *l'existence d'une conscience morale absolument anormale.*

Anthelme, outre les vieilles dames, est un homosexuel militant et il passe son temps à faire des conférences sur la sexualité dans les milieux anarchistes. « Nous autres, anarchistes, me dit-il, nous admettons du point de vue sexuel une entière liberté et nous estimons que ni le sexe ni l'âge ne doivent constituer une entrave. » Il ajoute que depuis de longues années il est incapable de travailler physiquement ou intellectuellement, qu'il a fait il y a quelques années un séjour à Sainte-Anne (d'observation paraît-il) et qu'il est actuellement entretenu par une prostituée qui a pitié de lui. « Mais il n'y a rien entre nous, me dit-il, elle est pour moi comme une sœur. » Les femmes désirables sont donc interdites à Anthelme ; seules les vieilles femmes ou les hommes lui sont permis — à condition toutefois de justifier constamment son comportement à ses propres yeux dans des conférences. Ce malade est donc en proie aux mêmes interdictions sexuelles que tous les schizophrènes dont nous avons publié l'observation (interdictions qui, nous l'avons souligné, concernent essentiellement l'exercice d'une sexualité normale). La persistance chez lui comme chez eux de sentiments œdipiens est en outre évidente.

Son délire de préjudice, s'il est avec évidence un processus auto-défensif contre l'idée d'avoir été jadis un voleur, n'est cependant pas le seul mécanisme auto-défensif dont il use. Son adhésion aux théories anarchistes est un moyen de justifier un échec social total et ses conférences sexuelles, nous l'avons déjà dit, un comportement sexuel anormal. *Le délire de préjudice, destiné à le défendre contre le remords, prend ainsi place parmi d'autres processus destinés à le défendre, soit contre un sentiment d'infériorité, soit contre une culpabilité. Nous trouvons donc, à la base de ce délire, la même inacceptation foncière qu'à la base de l'hallucination (et le même fonctionnement anormal de la conscience morale).*

Nous pensons avoir montré dans cette communication le rôle auto-défensif des diverses sortes de délires schizophréniques. Deux autres observations : celle d'un délire de grandeur au début et celle d'une érotomanie, viendront renforcer notre thèse. Le caractère infantile du processus délirant fera l'objet d'une communication ultérieure.

A propos des types de contact avec la réalité et des degrés du réel, par MM. Y. PORC'HER, E. TRILLAT et A. LALISSE.

Si les phénomènes de déréalisation, de désanimation, de facticité du monde extérieur et ceux aussi d'éloignement, sont d'observation très habituels dans les syndromes psychiatriques, les phénomènes inverses, ceux qui appartiennent à la catégorie du trop réel, du trop vivant, du trop près, sont d'observation plus rares. Aussi, nous pensons que l'observation suivante méritait d'être versée au dossier de ces phénomènes.

OBSERVATION. — M. R..., 57 ans, inspecteur des P.T.T., vient consulter à l'hôpital Henri-Rousselle pour des troubles apparus il y a une dizaine d'années. Il se plaint de se sentir obligé de lire tout ce qu'il voit d'écrit : les indications inscrites sur les murs, les titres de journaux ou de revues, les inscriptions faites par les autres malades et dans la rue les formules publicitaires, les enseignes, etc... Quand il se promène dans une rue connue, il formule à l'avance tout ce qu'il sait être écrit quelques mètres plus loin.

En même temps qu'ils s'imposent à la lecture, ces mots évoquent une foule de souvenirs. L'association repose en général sur un événement vécu où le mot a été lié à une personne ou à un autre mot. Il en est de même pour toutes les paroles qu'il entend, les objets, les couleurs qu'il voit. Le souvenir de la personne qui a été associée à un certain bruit, une certaine parole, s'impose à l'esprit dès que ce bruit ou cette parole sera de nouveau perçue par le malade.

Ainsi, quand il entend un bruit fort, il dit en lui-même « Baroclin », ceci parce qu'un jour il a entendu un violent coup de frein provenant d'une voiture sur laquelle était inscrit « Baroclin ». Les mots « papier peint » amènent l'évocation d'un collègue avec lequel il a parlé un jour devant une droguerie où était inscrit en grosses lettres « Papier peint ».

Quand il voit de la fumée, il se sent obligé de prononcer « la tour en fume » et il revoit alors un certain M. Latour avec lequel il était en conversation alors qu'il apercevait en même temps fumer une cheminée.

Chaque fois qu'il monte un escalier, il se répète « l'air chaud monte », car lorsqu'il monte l'escalier en rentrant chez lui, il sent l'arrivée de l'air chaud.

En voyant les feuilles tomber, il pense aussitôt à un collègue qui habitait un village nommé « La Feuillée ».

La gare Saint-Lazare évoque l'image d'un collègue qui faisait le trajet Rouen-Paris dans le service ambulancier. Le chiffre 45 : un certain M. P..., qui achetait des paquets de cigarettes à 45 francs.

De même pour les couleurs : le rouge évoque une marque d'extincteur portatif peint en rouge ; le bleu : le cuisinier qui est en bleu ; le blanc : un de ses collègues qui s'appelle Ch. Blanc.

De même encore pour les mots abstraits ; la pitié évoque un pâtissier de son pays qui portait ce nom ; la mort, la rue des Maures ; le centre, une boucherie du centre ; la république, la patronne d'un café que l'on appelait Marianne.

Le malade exprime ces faits en disant qu'il est devenu incapable de concevoir toute notion abstraite. Toujours une image concrète vient s'y substituer. Il ne peut entendre une conversation sans qu'un objet concret ou un être vivant s'impose devant lui. S'il entend la phrase « qui s'y frotte s'y pique », il voit alors des fils de fer barbelés. Si quelqu'un imite le bruit du chat, il voit le chat ; lorsqu'il enjambe quelque chose il prononce le « saut du loup » et voit le loup devant lui.

Toute lecture, toute conversation, est devenue impossible. Dans le service, il s'isole des autres malades, dans une pièce aux murs nus. Chez lui, il a dû retirer presque tous les meubles et bibelots qui étaient devenus le point de départ d'associations impératives. A l'abri de toute excitation extérieure, les phénomènes ecnésiés sont remplacés par un véritable mentisme. Ainsi, pendant la nuit, dans l'attente du sommeil, il est saisi par un défilé continu de mots sans lien entre eux ; pour lutter contre ce mentisme, il s'efforce de se maintenir à la même suite de mots qui amèneront des associations fixées qu'il répète inlassablement. Ainsi évoque-t-il par exemple le mot de « Thérèse » ; ce mot est décomposé en thé-rè-résine ; thé, il voit du thé ; rè, il voit le poisson la raie ; résine évoque un ami qu'il a rencontré porteur d'un pot de résine.

Par ailleurs, il s'agit d'un malade intelligent et non affaibli ; le quotient intellectuel est de 119 au Wechsler ; le Rorschach est par contre très pauvre, le protocole est court, les réponses stéréotypées.

Dans son histoire, on retrouve une tendance aux vérifications ; employé des postes, il recommençait plusieurs fois les lettres administratives qu'il avait à écrire et, en rentrant chez lui, il se les récitait durant le trajet.

Il a vécu avec ses parents dans l'Hérault jusqu'à l'âge de 19 ans. Est entré aux P.T.T. comme employé au guichet, pour terminer sa carrière comme inspecteur. Mobilisé en 1916, il a été blessé à la face et a dû subir l'énucléation de l'œil gauche. Marié à 35 ans, vie conjugale sans histoire ; un fils de 22 ans.

L'examen somatique est normal.

Cette observation appelle quelques commentaires. Au sujet des troubles mentaux eux-mêmes, il semble que l'on puisse distinguer deux ordres de phénomènes en relation avec la tension vigile. Pendant les phases de rêveries, les phases hypnagogiques, le malade est saisi par un défilé d'idées ou de phrases qu'il ne peut fixer et qui s'imposent à lui, phénomène qui répond à la définition du mentisme. Mais, d'autre part, ce qui paraît singulier chez ce malade est un phénomène différent du mentisme, et qui ne produit qu'à l'état de tension vigile. Ici, le contenu du défilé incoercible est en rapport avec des stimuli externes ; ce sont les objets qui l'entourent, les bruits, les paroles qui amènent de façon automatique et forcée un souvenir

personnel au malade. Alors que le mentisme est favorisé par un retrait du monde extérieur, notre malade, au contraire, cherche la solitude et le silence pour atténuer les phénomènes dont il se plaint, de sorte que les conditions d'environnement qui induisent normalement le mentisme sont celles qui contribuent ici à faire disparaître le phénomène.

Par ailleurs, la nature des objets évoqués par les stimuli externes ont ceci de particulier qu'ils ont trait à une expérience personnelle du malade et à une expérience concrète. Il ne s'agit, ni d'association par assonance, ni d'association logique, mais d'association par contiguïté à signification strictement personnelle et purement contingente. C'est souvent par l'intermédiaire d'un détour que le malade développe et explique pour nous la nature de l'association. Ainsi, le chiffre 45 amène immédiatement l'image d'un certain M. P... par l'intermédiaire d'un paquet de cigarettes de 45 francs, acheté un jour par ce monsieur devant le malade. Associations toujours concrètes également : même les mots abstraits se trouvent associés à des expériences concrètes. Toutes les choses qui l'entourent lui paraissent trop concrètes, trop vivantes, trop près de lui, il souffre de ne pas pouvoir se détacher de l'extérieur, qui l'accapare et le domine ; il se plaint de voir les choses de manière trop physique, trop positive, trop réelle.

Un autre caractère est la remarquable fixité des associations. Le malade, revu après plus de six mois, reproduisait textuellement, à propos des mêmes mots, les mêmes associations. On pourrait dire qu'il a construit, par la fixité des correspondances, un système de langage à référence personnelle, où le mot induit devient l'équivalent ou le synonyme du stimulus inducteur.

Enfin, l'intensité de l'évocation est également remarquable. L'ecmnie est assez intense pour prendre la forme d'une représentation visuelle. Au cours du Rorschach, il voit sur les planches des chauves-souris vivantes ; au téléphone, il voit la figure de son interlocuteur. Il ne semble pas qu'on puisse parler cependant d'hallucination ni même d'obsessions hallucinatoires, qui revêtent d'ailleurs le plus souvent la forme auditive alors qu'ici les phénomènes sont visuels, mais plutôt du retour forcé des souvenirs sous un mode sensoriel et esthétique. Nous n'insisterons pas sur les phénomènes à allure obsessionnelle, encore que cette activité forcée, ces affiches qu'il est obligé de lire et qu'il se sent poussé à répéter soient plutôt vécues comme une provocation de l'ambiance que comme une activité intellectuelle forcée sans relation avec le monde extérieur. Ici, l'activité est imposée par des objets réels et extérieurs.

L'intérêt de cette observation nous paraît d'ailleurs moins résider dans l'analyse nosographique des phénomènes que dans un certain type de contact avec la réalité dont ils procèdent et dans l'excès de réalité que le monde prend aux yeux du malade, évoquant ainsi les

degrés du réel dont parlait Janet. L'animation du monde inanimé, la concrétude des objets, la manière dont les mots ou les bruits se mettent à vivre pour le malade et malgré lui, constituant comme une provocation de l'ambiance ou une effraction de la personne impliquent évidemment un profond bouleversement des relations du moi et du monde ; relations du reste mouvantes et qui dépendent de sa propre attitude et de son activité. Les phénomènes s'atténuent lorsqu'il prend part activement à une conversation, lorsqu'il entre dans le champ des relations interpersonnelles. Aussi se plaint-il d'être trop passif. On peut interpréter ses soliloques interminables, relié alors qu'il est à un interlocuteur fictif comme le naufragé au filin, comme des efforts pour repousser ou rompre l'assaut que l'extérieur lui livre. De même, peut-on penser que les associations fixées et stéréotypées dont nous avons parlé peuvent jouer comme des concessions au monde trop près, comme l'apport de points fixes capable, en raison même de la concrétude de l'évocation, de mettre un terme au mentisme et d'écarter de lui les choses qui l'entourent.

DISCUSSION

Mme M. CAVÉ. — Je remarque parmi les associations du malade qu'un très grand nombre se rapportent à ses collègues et qu'un second groupe s'associe avec l'idée de fumée ; une cheminée qui vomit de la fumée, l'achat d'un paquet de cigarettes, donc fumée ; un extincteur, donc fumée ; enfin, l'air chaud de l'escalier qui monte comme de la fumée. Son mentisme est nettement orienté, et il est infiniment probable qu'il est l'expression de préoccupations obsédantes dispersées. Une psychanalyse aurait probablement fait disparaître ce mentisme, lié à l'affectivité profonde de ce malade.

Dangers du placement des criminels et des délinquants dans les services des hôpitaux psychiatriques, par M. P. GISCARD.

Au cours de ces dernières années, nous avons eu à déplorer des incidents, plus ou moins graves, dus à la présence de criminels et de délinquants placés dans nos services des hôpitaux psychiatriques.

Personnellement, j'estime tout à fait inopportun ce placement, lorsque ces criminels et ces délinquants ne sont pas des psychopathes et qu'on ne saurait les faire bénéficier, du point de vue technique, de l'excuse absolutoire prévue par l'article 64 du code pénal. Je n'admets ce placement qu'à titre temporaire, pour dépister un simulateur, et dans ce cas-là, le placement doit être antérieur à la fin de l'expertise médico-légale. Si l'individu est reconnu atteint de psychopathie et irresponsable, il doit être maintenu à l'hôpital psychiatrique. Si les troubles mentaux sont simulés et si les experts concluent à la responsabilité de l'intéressé, il peut être reconduit à la maison d'arrêt. Ce placement temporaire dans un service d'hôpital

psychiatrique est de nature à aider grandement la marche de l'expertise médicale, et je n'entends pas le désapprouver.

Ce qui me paraît grave, c'est l'erreur commise par certains experts, qui concluent trop facilement à l'irresponsabilité de criminels et de délinquants non psychopathes, lorsqu'ils sont lucides, non délirants, sous prétexte qu'ils ont commis plusieurs délits, des vols à répétition ou que, dans certaines circonstances, ils se sont montrés violents.

Il y a là un abus, et le placement de tels sujets dans nos hôpitaux psychiatriques n'est en aucune façon justifié.

Au bout d'un certain temps, le médecin-chef de service ne tarde pas à s'apercevoir que l'individu en question ne présente pas de signes d'anomalie mentale. Ces criminels et ces délinquants n'ont aucun scrupule. Ils n'hésitent pas à capter la confiance du personnel, ils fomentent des évasions, ils se livrent à des trafics louches, ils commettent des vols plus ou moins graves. Ils introduisent dans le service médical une atmosphère de défiance.

Le fait de proposer l'envoi de tels individus à Hoerdt ou à Montdevergues ne me paraît pas une solution. Je ne vous apprendrai rien en vous disant que ces services spécialisés sont souvent bondés et que leurs médecins-chefs sont alors obligés de refuser les candidats qu'on leur présente. De plus, le placement ou le maintien de criminels et de délinquants non aliénés dans des services psychiatriques est toujours une erreur, que ce placement soit effectué à Hoerdt, à Montdevergues ou ailleurs.

Pour moi, je ne vois qu'un moyen de résoudre le problème pour le médecin-chef du service : c'est de déclarer que l'individu en question n'est pas atteint de troubles mentaux et de proposer sa sortie. De cette façon, toute équivoque est évitée, au moins aux yeux de l'administration préfectorale.

On nous dit quelquefois : Vous laissez sortir, vous ne gardez pas dans votre service tel individu dangereux, capable de voler ou de commettre une agression. Vous n'assurez pas la défense sociale.

En disant cela, on oublie que le médecin-chef d'un service d'hôpital psychiatrique a ses responsabilités. Il a des malades à soigner, il a des infirmiers à guider et à protéger. Or, qu'arriverait-il si un infirmier ou un malade était tué par un assassin, placé à tort dans un service psychiatrique, et qui assommerait cet infirmier ou ce malade pour s'évader ? Je ne fais pas là une supposition gratuite, je connais un certain nombre de criminels qui n'auraient pas hésité à commettre cet acte s'ils l'avaient pu. Dans ce cas-là, la responsabilité du médecin-expert qui, par une erreur de diagnostic, aurait demandé l'envoi de ce malade dans un service d'hôpital psychiatrique, ne serait-elle pas considérable ?

Lorsque le non-lieu a été prononcé, la tâche du médecin-chef de service devient très délicate. S'il garde dans son service le criminel ou le délinquant non psychopathe, il peut être sûr que la présence

d'un tel sujet créera des incidents plus ou moins graves, où sa responsabilité comme médecin-chef pourra être engagée. S'il propose la sortie de ce faux aliéné, on lui objecte qu'il compromet la sécurité de la société. De toute façon il a tort, aux yeux du public et quelquefois même de ses confrères.

J'estime donc qu'au cours d'une expertise médico-légale il faut procéder à un examen approfondi du sujet et que, si cet examen ne démontre pas d'anomalie mentale caractérisée, l'expert doit s'abstenir de faire bénéficier l'individu de l'excuse de l'article 64 et de proposer son internement dans un hôpital psychiatrique.

Mais il ne s'ensuit pas que je me désintéresse du bienfaisant concours que les psychiatres peuvent apporter aux autorités judiciaires et à l'administration pénitentiaire. Au contraire, j'ai accordé moi-même sans hésitation et sans mesure ma collaboration à ces autorités et à cette administration. Je me suis dévoué pour les prisonniers. On m'a dit plusieurs fois que je le faisais par solidarité humaine ou par charité chrétienne, quelques-uns même ont affecté de croire que j'étais pétri d'illusions. On se tromperait toutefois si on croyait que j'ai agi par pure générosité.

Non, à la base de toute mon action et à l'origine de mon dévouement pour les prisonniers, il y a une conception doctrinale et scientifique. J'en ai examiné un très grand nombre, et, chez tous ceux qui ont été placés dans mon service depuis plusieurs années, j'ai fait procéder à des examens systématiques (radiographie du crâne, électro-encéphalographie). Je suis convaincu que la majorité des criminels et des délinquants ne sont pas des malades mentaux, bien que G. et J. Verdeaux aient constaté chez eux une plus grande fréquence des altérations électro-encéphalographiques (1), et bien qu'il y ait chez eux une certaine proportion de débiles, de caractériels et de parkin-

(1) Personnellement, je n'ai pas vérifié cette fréquence des altérations du tracé électro-encéphalographique chez les criminels et chez les délinquants que j'ai examinés. Pour dix d'entre eux seulement, j'ai pu faire pratiquer cet examen par un spécialiste compétent ; dans huit cas, le tracé fut trouvé normal ; dans un cas, il y avait un tracé très évocateur de la comitialité, avec trois sortes d'anomalies, surtout nettes à l'hyperpnée : alpha prenant le caractère pointu ; ondes θ éta diffuses ; bouffées d'ondes lentes de 3 c/s. Il s'agissait d'un individu condamné à la suite du meurtre de sa femme. Je l'interrogeai soigneusement, je compulsai son dossier d'observation pénitentiaire et je me renseignai sur ses antécédents. Il n'avait jamais présenté de crises d'épilepsie ni d'équivalents de nature comitiale. Il avait été envoyé dans mon service médical à cause de ses troubles caractériels qui faisaient de lui un délateur et le rendaient insupportable pour ses camarades. Son acte d'assassinat avait été accompli par lui en état de lucidité, et notre collègue qui avait été chargé de son expertise l'avait déclaré entièrement responsable de ses actes. Ce cas montre bien que le résultat d'un examen électro-encéphalographique doit être confronté avec les autres données de l'examen psychologique et clinique, ainsi que le disent expressément G. et J. Verdeaux. Je me contentai, après examen de ce malade, de demander pour lui un changement d'affectation pénitentiaire, et il fut dirigé sur une autre maison centrale. Les examens radiographiques du crâne, que j'ai fait faire chez les criminels et chez les délinquants hospitalisés dans mon service, n'ont démontré dans aucun cas des altérations ayant quelque importance.

soniens. Il y a parmi eux des hommes fort intelligents, dont l'affectivité et les tendances caractérielles ne sont nullement perturbées, et qui ont été orientés vers la criminalité et vers la délinquance par une éducation défectueuse, ou par l'absence d'éducation et par l'influence néfaste d'un milieu familial et social mauvais. Les plus grands facteurs de la criminalité et de la délinquance sont avant tout des facteurs d'ordre moral et social et le problème qu'ils posent n'est ni d'ordre biologique, ni d'ordre psychopathologique. A ce point de vue, l'œuvre accomplie par M. Baruk dans sa psychiatrie morale ne peut manquer d'avoir un retentissement considérable. Il est bien certain que, dans la conduite humaine, le rôle de la conscience morale est absolument primordial. Et, comme l'a très bien dit M. Baruk, il n'y a pas là une affirmation *à priori*, il s'agit au contraire d'une vérité expérimentale. C'est pourquoi nous ne devons pas demander l'abolition des sanctions pénales, mais leur assouplissement, leur adaptation, leur humanisation.

La collaboration des médecins à l'œuvre accomplie par les magistrats et par l'administration pénitentiaire peut avoir lieu à trois stades :

1° après l'incarcération du prisonnier, par un examen de *dépistage*, destiné à provoquer la nomination d'un expert, s'il y a lieu, par le juge d'instruction ;

2° au cours de l'*expertise médico-légale* ;

3° après la condamnation, par l'*observation en milieu pénitentiaire* et par l'orientation du détenu selon ses capacités et ses affinités psychiques.

Ainsi comprise, la psychiatrie médico-légale et pénitentiaire peut rendre à la prophylaxie criminelle et à la défense sociale des services considérables. Elle apprend aux magistrats à mieux doser les sanctions. Certes, dans un tel domaine, les erreurs sont toujours possibles. Je pourrais citer deux cas où les troubles mentaux ne se révélèrent pas lors de l'expertise médico-légale et dans lesquels une observation plus approfondie révéla que les actes d'agression avaient réellement pour cause une schizophrénie débutante ou un délire de persécution latent, non encore extériorisé et non systématisé. Il y a aussi des individus qui, normaux au moment de leur condamnation, deviennent, plusieurs années après, des psychopathes.

Si donc j'exclus comme néfaste le placement des criminels et des délinquants non psychopathes dans nos services psychiatriques, j'affirme nettement la valeur et l'importance de la psychiatrie médico-légale et pénitentiaire. C'est là, pour moi, une question d'organisation rationnelle, technique, logique, et pas seulement une entreprise d'humanité ou de charité.

Pour une étude plus approfondie des antécédents moraux et sociaux dans l'étiologie de la criminalité et de la délinquance, je renvoie à mes diverses publications, notamment à un article sur le comportement des relégués dits « asociaux », qui vient de paraître dans la *Revue pénitentiaire* de juillet-septembre 1953.

DISCUSSION

M. G. DESHAIES. — Nous aimerions savoir le nombre de faux aliénés que M. Giscard a reçus dans son service ?

Au sujet de la conduite à tenir, de deux choses l'une : ou l'expert connaît son métier, ou il ne le connaît pas. S'il le connaît, le sujet est tenu pour malade et irresponsable. Il doit être placé dans un hôpital psychiatrique et traité comme tel, même s'il en doit résulter quelques difficultés.

Si l'expert ne connaît pas son métier, le médecin de l'hôpital psychiatrique a toujours la ressource de demander la sortie et de provoquer une nouvelle expertise.

Quant à prétendre que la délinquance et la criminalité dépendent seulement de facteurs moraux et sociaux, et ne comportent pas un conditionnement pathologique, cela paraît excessif, et nous ne saurions suivre M. Giscard.

Le médecin expert n'a pas à faire le moraliste. Sa mission consiste à dire s'il y a ou non un processus pathologique. C'est à cela qu'il doit répondre.

M. A. FRIBOURG-BLANC. — indique que nous devrions nous inspirer de l'exemple de la Belgique, avec sa loi de défense sociale et ses établissements médico-pénitentiaires.

M. A. BROUSSEAU. — Je m'étonne de ce que notre collègue s'autorise à considérer que la plupart des criminels ou délinquants susceptibles d'être envoyés dans les hôpitaux psychiatriques, et spécialement dans les services de sûreté, ne sont pas des malades mentaux.

Si j'ai bien compris sa pensée, il est nécessaire, pour être malade mental, de présenter, soit une insuffisance, soit une déchéance intellectuelle, soit un délire.

Ceux qu'il appelle les anormaux lui paraissent devoir être exclus de la qualification de malades psychiatriques, et comme tels, tenus pour plus ou moins responsables, voire même entièrement responsables avec les conséquences judiciaires ou pénitentiaires que cela comporte.

En somme, les grands caractériels, les pervers, pour ne citer que deux catégories, dont tout le monde saisit bien quelles sortes de sujets peuvent être placées sous cette rubrique, ne sauraient bénéficier des ressources de la psychiatrie moderne.

Pour M. Giscard, il y a peu de place, en dehors des facteurs moraux et sociaux, dans l'étiologie de la criminalité et de la délinquance.

Il émet son opinion sur les résultats de dix examens électro-encéphalographiques et radiologiques, et sur ma question précise, convient que ses examens radiologiques se sont bornés à des radiographies du crâne, sans recherche d'aucun contraste par pneumoencéphale ou ventriculographie. Je ne suis pas surpris qu'il n'ait rien décelé.

Je crois devoir rappeler qu'avec un certain nombre d'auteurs j'ai pu montrer, grâce à la collaboration du centre neuro-chirurgical de Sainte-Anne, qu'une part importante de ces comportements empreints de délinquance ou de criminalité se produisait chez des personnes où l'on a pu mettre en évidence des états anatomo-pathologiques visibles dès l'ouverture du crâne, sous forme d'atteintes méningées ou corticales, ou d'anomalies vasculaires, ou de la combinaison de ces trois anomalies.

Le recours systématique à tout ce que peuvent actuellement permettre la neurologie clinique et paraclinique, permettrait assurément un meilleur exercice de l'expertise légale psychiatrique, si tous les moyens nous en étaient fournis.

Sans doute, serait-il préférable que de tels problèmes fussent résolus au sein des annexes psychiatriques des prisons. Mais chacun de nous sait

combien, à Paris tout au moins, le rendement est, à cet égard, défectueux et peu harmonisé aux travaux des experts.

Enfin, puisque notre collègue convient qu'un nombre important de criminels et de délinquants sont des anormaux, comment peut-on les traiter judiciairement et pénitentiairement comme des êtres normaux pourvus d'une pleine responsabilité pénale.

Dire de quelqu'un qu'il est un anormal implique, en dehors de toute dispute verbale, l'admission d'un état morbide, peut-être fort ancien, dont les séquelles demeurent, et bien qu'il s'agisse d'une catégorie spéciale fort peu privilégiée de malades, force est bien de les comprendre et de les soigner.

M. M. BACHET. — L'intervention de M. Giscard mérite une attention particulière. Quelle que soit son importance, en elle-même, elle en revêt une autre du fait de l'activité de son auteur, activité exceptionnelle, du fait qu'elle a lieu, non seulement à l'hôpital psychiatrique, mais aussi dans les centres pénitentiaires de groupement des relégués ; à parties égales, semble-t-il, à la lecture de ses travaux remarquables publiés par la *Revue pénitentiaire*. Cette revue, grâce au regretté Clément Charpentier, grâce à la direction de l'administration pénitentiaire, MM. Germain et Cannat, prend place depuis plusieurs années parmi les revues pour lesquelles la participation psychiatrique est telle qu'on peut la comparer aux archives d'anthropologie criminelle de Lacassagne, disparues après la guerre de 1914. M. Giscard voit donc les délinquants à l'hôpital psychiatrique et aussi en prison, et là il les voit très longuement. Sa conception s'oppose à de nombreuses conceptions historiques, en particulier à celle de Maudsley (*Le crime et la folie*). Maudsley avait rangé les délinquants d'habitudes dans la zone intermédiaire, ce terme paraissant signifier que les tendances ou habitudes délinquantes et criminelles se situent entre l'état normal et l'état de démence. On comprend donc que si des sujets présentent des troubles qui se situent dans une zone située sur la même ligne droite que celle qui joint l'état normal à la folie, ces sujets soient tantôt internés, tantôt emprisonnés. Je suis d'accord avec M. Giscard en affirmant que dans la majorité des cas les anomalies présentées par le délinquant lucide, « sans lésion de l'entendement », même partielle comme on disait autrefois, n'appartiennent pas à l'intermédiaire entre l'état normal et la maladie mentale habituelle classique. Elles se situent sur une voie divergente et les trois points : maladie mentale, état normal, état du délinquant habituel ou impulsif, forment d'une façon schématique, non pas une ligne droite, mais un triangle. La conséquence pratique de cette divergence est celle d'une clinique essentiellement différente ; la grande majorité de ces sujets s'accommodent mal de toutes les habitudes de l'hôpital psychiatrique : organisation du service, thérapeutique, etc..., surtout s'ils sont rassemblés. Ce point essentiel établi est cependant trop schématique ; il existe aussi des formes se situant sur la ligne droite, dans la zone mitoyenne de Maudsley, pas seulement en ce qui concerne les réactions à l'alcool de certains sujets, certaines épilepsies, certains traumatismes crâniens ou cérébraux de toutes sortes, mais même dans la coexistence du comportement délinquant typique chez des périodiques authentiques, pour des troubles mentaux d'origine endocrinienne, enfin des troubles mentaux classiques sont souvent observés dans les familles de délinquants ; dans d'autres, on voit une névrose obsessionnelle chez un frère, une délinquance de type épileptoïde chez l'autre, etc. Ces réserves faites, les premières conclusions exposées n'en indiquent pas moins la nécessité d'une large collaboration de la psychiatrie éclairée sur les faits de la délinquance d'habitude avec la science pénitentiaire. Dans ce domaine, M. Giscard fait figure de pionnier, car nous n'en sommes qu'au stade auquel ce terme peut s'employer. Mais son œuvre parmi les relégués n'est pas seulement philanthropique, mais authentiquement psychiatrique, non seulement parce qu'il classe ces relégués sous des rubriques classiques : mythomanes, débiles mentaux, parkin-

soniens, mais parce que toute recherche de modification de la personnalité dans le sens de l'enrichissement de la stabilisation ne peut que s'intégrer, non seulement à l'intérêt psychiatrique, mais aux aspects évolutifs de la psychiatrie.

Apprécier la part qui revient d'une part à la constitution biologique innée, à l'évolution biologique accidentelle ou spontanée, d'autre part à tout l'acquis, nécessite des habitudes dynamiques de synthèse d'une grande objectivité incompatible avec les idées *à priori*, quelle que soit leur origine ; des plus générales et relatives aux conceptions les plus hautes jusqu'à celles qui sont le plus localement épisodiques. Par ailleurs, le faible pourcentage d'anomalies électro-encéphalographiques trouvé par M. Giscard dans une série de dix détenus est très loin de ceux que nous observons à Fresnes sur des centaines de délinquants (plus de 500 tracés pour le seul annexe psychiatrique) ; les examens étant pratiqués par des spécialistes, aussi sévères dans leurs conclusions qu'avertis de toutes les formes d'objections qu'on pourrait leur opposer.

M. M. BERGERON. — Cette question du placement des sujets asociaux dans les services des hôpitaux psychiatriques est de première importance. Elle pose de graves problèmes d'assistance et de législation. Il convient de rappeler que la Société médico-psychologique en a été saisie maintes fois. En 1948, une communication de M. Montassut, suivie de discussion, fut à l'origine d'un double vœu, dont il est bon de rappeler les termes.

La Société attirait l'attention des pouvoirs publics sur l'augmentation du nombre des sujets anormaux et antisociaux dans les hôpitaux psychiatriques, imposant la nécessité : 1° d'en éliminer les sujets présentant un comportement antisocial pour conserver à nos services un régime libéral comportant traitement, assistance, rééducation, reclassement ; de regrouper ces anormaux dans des services ou établissements spécialisés, loin des grandes villes, où les soins pourraient être assurés, en même temps qu'une discipline stricte, et prévoyant les dispositions nécessaires pour une rééducation efficace... ; 2° dans un vœu complémentaire, la Société, émue par les doléances des médecins des hôpitaux psychiatriques, devant le nombre sans cesse croissant des anormaux antisociaux placés dans les services ordinaires, et en attendant que des mesures particulières soient prises, suggérait qu'une doctrine commune soit adoptée par les médecins experts psychiatriques pour statuer sur ces cas d'invalidité morale.

Des projets émanant de la commission ministérielle de la santé mentale (MM. Brousseau, Bonnafé, Daumézon, etc...) ont été élaborés ou seraient en voie d'aboutissement (hôpital psychiatrique de Cadillac), ce qui serait fort souhaitable, car la présence de ces sujets nocifs, dangereux, dans les services surencombrés, perturbe fâcheusement l'ambiance et entrave le traitement des véritables malades mentaux. M. Bergeron demande à M. X. Abély, président de la commission de la santé mentale, de bien vouloir exposer à la Société où en est actuellement la question.

M. X. ABÉLY. — Le nombre croissant des sujets criminels ou délinquants placés dans les sections ordinaires des hôpitaux psychiatriques, en raison de l'insuffisance des services de malades difficiles, est le danger le plus urgent à dénoncer. Mais ces services de sûreté seraient-ils capables d'absorber tous ces psychopathes, que le problème n'en serait pas résolu. Il faut distinguer, en effet, parmi ces sujets, deux catégories : les uns sont des malades mentaux authentiques qui relèvent de l'hôpital psychiatrique ; une section spéciale doit seulement leur être réservée. Les autres, auxquels M. Giscard a consacré sa communication, sont des anormaux psychiques, des infirmes mentaux, pervers, antisociaux, victimes, non pas seulement de leur éducation et de leur milieu, mais aussi de leur constitution. Ce sont assurément des psychopathes. Mais ils sont beaucoup plus éloignés des malades atteints de psycho-

ses que des récidivistes dits normaux auxquels les relient des transitions insensibles. Ils constituent, par leur nocivité, un groupe à part. Ils ne doivent pas être mélangés avec les malades mentaux dans des services communs. Je suis arrivé à la conviction que leur place n'est pas dans des sections spéciales des hôpitaux psychiatriques, mais dans des établissements d'un type particulier, éloigné de ces hôpitaux ainsi que des centres urbains. Ces établissements doivent réunir le caractère disciplinaire et médical, réaliser à la fois la défense sociale et le traitement. Toutes les techniques de thérapeutique et de rééducation doivent pouvoir y être employées sous la direction d'un médecin. Mais le rôle indispensable d'autorité, de discipline et de surveillance sévères ne convient pas à la fonction médicale et doit être assuré par des agents spécialisés dans cette tâche. Il ne faut pas confondre ces établissements avec les annexes psychiatriques des prisons, qui ne représentent que des lieux de séjours temporaires et n'ont d'autre but que de permettre aux experts un examen plus suivi et plus approfondi, l'observation des inculpés actuellement pratiquée à l'hôpital psychiatrique étant nettement illégale.

Il est essentiel de préciser que ces établissements ne pourraient fonctionner qu'après l'adoption préalable d'une législation nouvelle, abandonnant les principes classiques du code pénal et instituant la sentence thérapeutique indéterminée. Ce sont là des notions très connues et très généralement admises. Elles sont en pratique depuis bien des années dans un nombre important de pays étrangers. La loi belge de défense sociale date de 1930 ; si elle mérite des amendements, elle peut encore servir de modèle. En France, ces mesures sont depuis très longtemps préconisées. Plusieurs projets de loi ont été mis au point, qui dorment dans les archives parlementaires. Des prisons désaffectées auraient pu être aménagées. Rien ou à peu près rien n'a été fait. Quelques essais ont été ébauchés, mais le rôle médical n'a pas l'importance capitale qui devrait lui être accordée. Si les experts concluent souvent à l'internement des anormaux dangereux, c'est parce qu'il n'y a pas de dispositions spéciales assurant la protection de la société contre ces sujets. Leur libération immédiate, proposée par M. Giscard, constitue une réaction combative qui pourrait avoir son efficacité, mais qui n'est pas conforme à notre devoir de ne pas remettre en circulation des anormaux sciemment nocifs. Le ministre de la santé publique s'est ému de la situation actuelle. La commission des maladies mentales a recherché la solution de l'encombrement des hôpitaux psychiatriques par les internés médico-légaux. La création et le mode d'organisation de nouveaux services de malades difficiles ont été décidés et fixés. Mais cette politique serait insuffisante si elle ne s'attachait pas aussi à l'élaboration d'une loi de défense sociale et à l'institution d'établissements spéciaux à l'usage des invalides sociaux.

M. M. LECONTE. — Je n'ai pas grand'chose à ajouter après que nous avons tous entendu mes maîtres Brousseau, Xavier Abély et Fribourg-Blanc.

Toutefois, étant donné l'autorité de M. Giscard, nous nous permettons de signaler combien il nous semble périlleux de conseiller en formule aussi lapidaire que le fait M. Giscard de faire sortir systématiquement de l'hôpital psychiatrique les délinquants mentalement anormaux qui, certes, et nous sommes tous d'accord, ne sont pas de véritables malades mentaux.

J'ai eu l'occasion de connaître un certain nombre de cas dont les conséquences de cette façon de faire ont été tragiques.

Dans l'un d'eux, il s'agissait d'un homme que le chef de service, professant les idées de M. Giscard, avait fait sortir en mentionnant dans le certificat : je fais connaître au sujet que je le considère comme lucide et pleinement responsable. Il s'agissait d'un sujet qui avait la perverse habitude de mettre le feu dans un coin, pour voler dans un autre.

Quelque temps après, il commettait un nouvel incident volontaire dans

une autre région, qui occasionnait 25 millions de dégâts d'après le dossier.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une femme apparemment normale à l'examen lorsqu'on conférait avec elle. Toutefois, ayant gagné sa sortie par évasion d'un asile, elle devait être, quelque temps après, appréhendée de nouveau parce qu'ayant tué d'un coup de couteau dans le ventre son nouvel amant, à l'occasion d'une colère blanche.

En ce qui nous concerne, nous pensons que la première expertise est essentielle et en principe, sauf erreur de l'expert, ou simulation, nous avons pour habitude de suivre celui-ci le plus souvent possible dans la voie qu'il a prise.

M. P. GISCARD. — Je ne peux répondre que brièvement à l'ensemble des questions et des objections formulées, car une réponse détaillée m'entraînerait trop loin, et je suis obligé de la remettre à plus tard. 1° J'ai insisté sur le rôle des facteurs moraux, familiaux et sociaux dans l'étiologie de la délinquance et de la criminalité. Je vous signale que notre confrère le Dr Menut, de Clermont-Ferrand, est l'auteur d'une thèse très importante sur la dissociation familiale et les troubles du caractère chez l'enfant, thèse préfacée par le professeur Heuyer. Mais je n'entends nullement nier ou contester l'importance des causes proprement biologiques et pathologiques à l'origine de cas assez nombreux de délinquance. Je crois seulement que les facteurs moraux sont de beaucoup les plus importants, mais ceci n'empêche pas d'admettre les autres. 2° Je continue à penser que le placement dans nos services psychiatriques de criminels et de délinquants non psychopathes est une très grave erreur doctrinale et pratique, et une violation de la loi de 1838. 3° On m'objecte la loi belge de défense sociale, et on souhaite en France une réalisation du même genre. Je ne méconnais certes pas les mérites immenses de cette loi. Mais elle est passible à mes yeux de plusieurs objections, dont la principale est la méconnaissance ou l'oubli pratique de la responsabilité morale de certains criminels et délinquants, dont elle ne fait pas mention ou ne tient pas suffisamment compte. Il y a là, à mon avis, une lacune fort grave. En France, l'administration pénitentiaire a entrepris une œuvre d'observation psychiatrique des prisonniers, en particulier des récidivistes condamnés à la rélegation. Plusieurs de nos collègues, universellement connus et estimés, MM. Adam, Vullien, Mlle Badonnel, MM. Dublneau, Bachet, sont spécialisés dans la psychiatrie pénitentiaire. Nous connaissons tous leur compétence, et je vous assure que, lorsque je lis un diagnostic signé par l'un d'entre eux, j'y attache le plus grand prix. Mais cette œuvre de la réforme pénitentiaire ne peut être qu'une entreprise de longue haleine. Ce n'est pas en un clin d'œil ni en un seul jour que nous réformerons utilement et efficacement le code pénal et les institutions pénitentiaires.

Réflexions sur les expertises médicales dans les cas de mystique, par M. P. GISCARD.

Des travaux récents ont attiré l'attention sur les problèmes posés par les cas de mystique, et provoqué des échanges de vues fort intéressants (1). Il nous serait impossible d'instituer aujourd'hui un débat

(1) J. LHERMITTE : *Mystiques et faux mystiques*, Paris, Bloud et Gay, 1952. — H. BARUK, J. LAUNAY et J. ROLAND : Contribution à la psychologie et à la psychopathologie des mystiques. *Annales médico-psychologiques*, juin-juillet 1953. — J. LHERMITTE : Mystique et psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*, oct. 1953.

sur l'ensemble de ces problèmes, qui soulèvent les questions les plus délicates. Je voudrais simplement vous exposer dans quel but j'ai écrit mon ouvrage *Mystique ou hystérie* (1), où, à propos du cas de Marie-Thérèse Noblet, j'ai préconisé la méthode d'examen qui me paraissait la plus objective et la plus rigoureuse. Ceci me permettra de souligner l'importance du rôle joué par les experts, médecins et psychiatres, dans les enquêtes menées dans ces cas exceptionnels par l'autorité religieuse. C'est uniquement la question que je voudrais traiter devant vous.

Ayant participé à plusieurs de ces enquêtes, je sais par expérience que, pour être menées à leur fin, elles exigent beaucoup de temps et des investigations patientes, minutieuses. Une expertise de ce genre ne peut être l'œuvre d'un seul jour. J'ai estimé qu'il fallait apporter à l'étude des cas de mystique et de stigmatisation beaucoup de sérieux et de persévérance. Ainsi, j'ai eu l'intention de rendre témoignage à la valeur de notre science psychiatrique et d'honorer notre profession, en prouvant qu'elles pouvaient rendre d'utiles services aux autorités qui nous consultaient. Quels que soient les avis formulés par les uns ou par les autres au sujet de mes argumentations et de mes conclusions, je crois pouvoir dire que j'ai atteint ce but, puisque les recenseurs de mon ouvrage ont loué ma loyauté et ma conscience professionnelle. Ceux-là même qui ont formulé contre mon ouvrage les objections les plus vives ont reconnu qu'il constituait, par la masse des documents recueillis, une « riche observation ».

Il y a donc avant tout dans mon livre une affirmation de la valeur de la science psychiatrique, et des services qu'elle peut et doit rendre, lorsque l'autorité religieuse nous consulte. « En neurologie et en psychiatrie, disais-je, un très grand nombre de données cliniques, symptomatiques, diagnostiques, thérapeutiques, sont des données sûres et indiscutables. On commettrait la plus grave erreur en considérant ces deux branches de la science médicale comme des disciplines incertaines. » (2).

J'ai soutenu que les experts pouvaient faire œuvre objective et méthodique dans l'examen de ces cas de mystique. Et je voudrais ici signaler un écueil fort grave. Il est arrivé parfois, dans ces examens, que des discussions trop vives ont fait perdre aux experts le sang-froid dont ils avaient besoin pour observer les faits. Des erreurs regrettables ont été ainsi commises. On aurait pu les éviter si on s'était inspiré d'une méthode précise et si on avait eu soin de faire passer les vérifications techniques avant les hypothèses explicatives. Il est toujours dangereux d'avoir, en abordant l'examen d'un cas, des idées préconçues et de régler son attitude et sa conduite d'après ces conceptions *à priori*.

Je considère comme nuisible à une bonne observation médicale et

(1) Paris, Editions de la Colombe, 1953.

(2) *Mystique ou hystérie*, p. 15.

psychiatrique l'atmosphère de controverse passionnelle qui entoure certains cas. Dans le cas de Thérèse Neumann, par exemple, il y a eu des discussions multiples, d'un ton parfois excessif. Qu'en est-il résulté ? Le père de la célèbre stigmatisée s'est opposé, on le sait, à la mise en observation de sa fille dans une clinique. Il ne l'eût peut-être point fait si certaines outrances dans la discussion avaient été évitées. Il est à souhaiter qu'à l'avenir les experts aient tout loisir d'observer attentivement les cas qu'on leur soumettra, mais il faut pour cela qu'ils prennent tout le temps voulu pour mener leurs investigations dans le calme : le souci de sauvegarder notre réputation professionnelle, comme aussi les intérêts légitimes de l'autorité religieuse, ont tout à y gagner.

Si tout le monde est d'accord sur la nécessité d'expertises rigoureuses, menées avec tous les moyens d'investigation techniques dont nous disposons, par contre, il y a des divergences de vues en ce qui concerne la manière d'envisager les faits. Je soutiens qu'on doit baser ses conclusions uniquement sur ces données indiscutables de la science neurologique et psychiatrique auxquelles je viens de faire allusion. C'est pourquoi j'ai laissé de côté, dans mon ouvrage, certaines théories de l'inconscient plus ou moins apparentées à la psychanalyse parce qu'elles me paraissaient insuffisamment fondées. Il n'y avait là, de ma part, aucun apriorisme, mais simplement de la loyauté et de la prudence. Comment aurais-je pu fonder des conclusions sur des théories à mes yeux chancelantes et incertaines ? Par contre, les données de la psychiatrie traditionnelle m'ont fourni la base dont j'avais besoin ; et nul ne contestera ici la solidité de cette base. Que dira-t-on dans vingt ans, dans trente ans, dans cinquante ans de certaines théories ? Nous l'ignorons. Par contre, nous pouvons dire que l'enseignement habituel de la science psychiatrique, notamment en ce qui concerne les symptômes et la description des maladies, restera debout. La démence précoce, les délires chroniques et tant d'autres affections nosologiques, dont le tableau est définitif, sont des réalités cliniques dont la vérité expérimentale subsistera.

C'est cette prétention de ne fonder mes conclusions que sur les données d'une psychiatrie tout à fait sûre qui m'a été le plus reprochée. Mais là-dessus il m'est impossible, en conscience, d'être de l'avis de certains de mes contradicteurs. Je crois que nous devons être rigoureux, non seulement dans la vérification technique des faits, mais dans l'admission des hypothèses qui les expliquent. A mon avis, le fait de se contenter d'hypothèses souvent arbitraires et tendancieuses ne saurait être de la vraie prudence.

Cette distinction entre la vraie science et des théories discutables a été faite par de hautes autorités, notamment par le Pape Pie XII dans plusieurs de ses discours, en particulier dans une allocution du 3 octobre 1941. Dans cette allocution, le Souverain Pontife parlait

des expertises demandées aux psychiatres par l'autorité ecclésiastique dans l'examen des causes de nullité de mariage. La question posée aux experts dans ces cas-là est habituellement la suivante : X... avait-il, au moment où il a contracté mariage, un état mental lui permettant de consentir valablement à son union matrimoniale ? Faisant allusion aux réponses données, le Pape déclarait : « Il faut cependant examiner et peser avec pénétration et grand soin s'il s'agit d'une vraie science, à laquelle des expériences et preuves suffisantes confèrent la certitude, et non pas seulement de vagues hypothèses et théories non appuyées sur des arguments positifs et solides ; en ce cas, elles ne pourraient constituer la base d'un jugement sûr qui exclut tout doute prudent. »

Ces paroles s'appliquaient aux conclusions des expertises concernant les cas de nullité de mariage. Mais rien ne nous empêche de les appliquer à d'autres expertises, par exemple aux expertises concernant les cas de mystique, et même aux expertises qui nous sont demandées par les magistrats dans des matières médico-légales. Nous devons aboutir à des conclusions pratiques, et, pour cela, nous n'avons qu'à fonder notre avis sur des données et des arguments d'une valeur indiscutable.

Dans mes expertises relatives aux cas de mystique, j'ai estimé aussi devoir me tenir sur le terrain professionnel, laissant de côté toute considération d'ordre proprement théologique. Cette ligne de conduite peut être difficile à tenir dans certains cas, car le problème envisagé concerne à la fois les théologiens et les psychiatres, bien qu'ils ne l'envisagent pas sous le même aspect. Par exemple, sainte Thérèse et saint Jean de la Croix recommandent vivement à la personne qui se croit favorisée de révélations surnaturelles de les soumettre à un conseiller ou à un directeur spirituel et de régler sa conduite d'après les conseils de ce dernier et non d'après le contenu de ces révélations, même si elle suppose, pour d'excellentes raisons, qu'elles ont Dieu pour auteur. Cette règle tracée par ces deux grands mystiques est extrêmement sage. Mais c'est une règle de prudence spirituelle, visant à maintenir l'âme dans l'humilité et dans la paix à l'abri de toute illusion. Certains croient pouvoir en conclure qu'un expert nommé par l'autorité religieuse devrait considérer *à priori* ces visions et ces révélations comme pathologiques. Ni sainte Thérèse, ni saint Jean de la Croix n'ont dit une telle chose. Saint Jean de la Croix dit positivement que cette âme ne doit pas rechercher si la vision a Dieu pour auteur une telle recherche serait pour elle une source d'interrogations inutiles et de fatigue psychique. La tâche de l'expert nommé par l'autorité religieuse est toute différente. On lui demande si la personne en question doit être considérée comme une psychopathe. A cette question, il doit répondre par l'affirmative ou par la négative, et, pour cela, il ne peut s'aider que des ressources de son art, de ses connaissances techniques. Certes, l'observation de cette règle de

sainte Thérèse et de saint Jean de la Croix par la personne incriminée a parfois, même aux yeux du psychiatre, une certaine valeur. Si cette personne fait preuve d'indocilité aux conseils qui lui sont donnés, si elle montre de l'opiniâtreté dans son jugement, ces signes peuvent être à bon droit interprétés comme des indices de déviations psychiques. Par contre, sa soumission à de tels conseils et la tranquillité avec laquelle elle leur obéit seront invoquées comme des preuves d'équilibre mental. Mais encore une fois, la tâche du maître spirituel et la tâche du psychiatre, dans l'examen de ces cas, ne sont pas les mêmes, et il ne faut pas confondre les domaines respectifs des uns et des autres.

En ce qui concerne le cas de Marie-Thérèse Noblet, dont j'ai traité dans mon ouvrage, il m'eût été facile d'établir qu'elle avait toujours obéi, avec la docilité la plus parfaite, aux conseils de ses directeurs. Je n'ai pas fait cette démonstration parce qu'il appartenait à d'autres qu'à moi de la donner. Mais il ne faudrait pas croire que je n'ai pas aperçu le problème.

Dans une autre allocution, datée du 8 octobre 1953, aux membres du congrès de la Société italienne d'urologie, le Pape Pie XII déclarait, parlant à nouveau du rôle du médecin-expert dans les procès matrimoniaux : « Que l'expert dise donc ce que ses connaissances médicales lui imposent de dire et qu'il le dise avec les nuances et les distinctions exigées par son savoir... Qu'il présente les faits médicaux comme des faits, leur interprétation médicale comme une interprétation, les conclusions médicales telles quelles, les avis médicaux comme des avis. » Je crois avoir suivi cette ligne de conduite dans mon ouvrage.

J'ai insisté sur les signes d'équilibre intellectuel et moral donnés par les mystiques, et je suis sur ce point-là en parfait accord avec notre collègue, le professeur Baruk. Qu'on me permette de citer en terminant une page célèbre de Bergson, où il mettait en lumière ce point de vue.

« Quand on prend ainsi à son terme l'évolution intérieure des grands mystiques, écrivait-il, on se demande comment ils ont pu être assimilés à des malades. Certes, nous vivons dans un état d'équilibre instable, et la santé moyenne de l'esprit, comme d'ailleurs celle du corps, est chose malaisée à définir. Il y a pourtant une santé intellectuelle solidement assise, exceptionnelle, qui se reconnaît sans peine. Elle se manifeste par le goût de l'action, la faculté de s'adapter et de se réadapter aux circonstances, la fermeté jointe à la souplesse, le discernement prophétique du possible et de l'impossible, un esprit de simplicité qui triomphe des complications, enfin un bon sens supérieur. N'est-ce pas précisément ce qu'on trouve chez les mystiques dont nous parlons ? Et ne pourraient-ils pas servir à la définition même de la robustesse intellectuelle ? » (1).

(1) *Les deux sources de la morale et de la religion*, ch. III.

DISCUSSION

M. X. ABÉLY. — M. Giscard me permettra de remarquer que des psychiatres cliniciens distingués et catholiques fervents n'ont pas toujours la même opinion sur la nature surnaturelle ou pathologique des phénomènes mystiques qu'ils observent. En présence de symptômes nettement objectifs, tels que les stigmates, certains les tiennent pour des manifestations hystériques ou mieux, semble-t-il, pour des supercheries, qu'un contrôle strict et des épreuves rigoureuses permettent de déceler.

Mme M. CAVÉ. — M. Giscard dit que la vraie science est la science psychiatrique, alors que la psychanalyse n'est faite que de vagues théories. A cela, je répondrai que M. Giscard est orfèvre. Vouloir nier l'importance de l'apport psychanalytique dans la psychiatrie contemporaine, c'est se comporter comme les médecins du temps de Pasteur, qui disaient que les microbes — puisque microbes il y avait — étaient de simples épiphénomènes qui ne jouaient aucun rôle dans l'étiologie des maladies fébriles. L'histoire des sciences est un éternel recommencement.

M. P. GISCARD. — J'ai observé personnellement plusieurs cas de personnes mystiques et stigmatisées. Dans un de ces cas, la personne avait les stigmates au moment même où je l'examinais. Je conseillai à l'évêque responsable, un des prélats les plus estimés de France, de confier la vérification technique de ces stigmates à un des spécialistes les plus réputés de la dermatologie. Mon conseil fut suivi, et l'expertise, sur laquelle je ne veux rien dire aujourd'hui par discrétion professionnelle, fut tout à fait concluante. Pouvais-je donner un meilleur conseil ? J'estime que dans des cas aussi importants, il faut procéder par expertises rigoureuses : c'est tout ce que j'ai voulu dire dans la présente communication. Je n'attache aucune importance à l'avis médical de certaines personnes qui se prononcent sur un cas de ce genre après une conversation de quelques instants ou de quelques heures avec la stigmatisée : c'est ce que font malheureusement ceux qui opinent par exemple sur les phénomènes observés chez Thérèse Neumann parce qu'ils ont fait un voyage à Konnersreuth et ont eu avec elle un court entretien.

Le citrate de lithium dans le traitement des syndromes d'excitation psychomotrice, par M. J. CARRÈRE et M^{lle} POCHARD (de Fleury-les-Aubrais).

Depuis plus de quatre ans, on connaît l'emploi du sel de lithium dans le traitement des états d'excitation.

Le professeur Cade, le premier, fit part en 1949, dans le « Medical Journal of Australia », de ses premiers essais et succès..., succès que venaient confirmer quelques mois plus tard Despinoy et Romeuf au congrès de Rennes, puis Tosquelle en 1951.

Les D^{rs} Deschamps et Denis, enfin, publièrent dans l'« Avenir médical », en 1952, quelques observations de malades traités par le citrate de lithium, observations qui corroboraient les précédentes avec toutefois, quelques restrictions, en ce qui concernait les indications du médicament, accordant à celui-ci un effet plus symptomatique que spécifique.

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs malades présentant une excitation psychique intense chez qui l'administration du citrate de lithium, après échec des thérapeutiques habituelles, a donné des résultats très encourageants. Il nous a paru intéressant de les publier ici afin d'ajouter, à la somme des observations déjà parues, nos propres constatations.

OBSERVATION 1. — De Y..., 61 ans. Entré le 8 septembre 1952. C'est le premier internement. Il s'agit d'un morphinomane ancien datant de trente ans et sur lequel trois tentatives de désintoxication ont échoué. Le malade reçoit environ un gramme de chlorhydrate de M. par jour. Bien que fantasque, ce malade a toujours eu, jusqu'en novembre 1951, un comportement normal dans sa famille et dans sa profession.

Puis il devient violent, excité, et l'internement s'impose. Le certificat d'entrée est ainsi rédigé : « Est atteint de toxicomanie à la morphine. Comportement typique de ce genre de malade. Théâtralisme, agitation, verbalisme, impérantisme, mensonges, instabilité..., état général médiocre. »

Le malade est alors soumis à une désintoxication progressive, tandis qu'est instituée une vitaminothérapie intense, des tonicardiaques, des sédatifs.

Cependant, dans les semaines qui suivent, le malade continue à manifester un état d'excitation psychomotrice intense et d'agressivité ; le comportement du malade noté soigneusement chaque jour relate ceci :

17 septembre : menaçant, parle beaucoup, ne dort pas.

19 septembre : très bruyant, autoritaire, agressif vis-à-vis des infirmiers, insolent.

30 septembre : insulte les infirmiers, vide son urinal sur son lit, jette ses oreillers sur la table où se trouvent les thermomètres...

13 octobre : très bruyant, frappe portes et vitres, délirant.

25 octobre : crie, réclame, tapage nocturne, ne dort pas.

Pendant ces trois mois, l'état général s'est amélioré, la désintoxication a été effectuée et le malade a reçu du gardénal, du phénergan et autres sédatifs sans que son état d'excitation cède. Nous avons renoncé à l'électro-choc par suite de contre-indications cardio-vasculaires et osseuses (décalcifications vertébrales).

C'est alors qu'on institue le citrate à la dose de 3 gr. par jour, matin, midi et soir. On assiste en quelques jours à une amélioration progressive de l'état mental, le malade devient calme, peut sortir en promenade accompagné, puis seul.

Le malade sort au bout de deux mois de ce traitement, le 16 février 1953. Cette amélioration se maintient depuis un an.

OBSERVATION 2. — B... Raymond, 30 ans. Il s'agit ici d'une excitation confusionnelle grave.

Le 5 février 1952, le malade est hospitalisé une première fois avec le certificat suivant : « Etat confusionnel avec onirisme intense, agitation violente, laceration de vêtements... »

Une série d'électro-chocs améliore cet état et le malade peut sortir le 6 mars suivant, mais un état analogue au premier se reproduit et le malade entre à nouveau, au bout de trois semaines.

Le 30 mars 1952, deuxième hospitalisation ; nouvelle série d'électro-chocs (sept séances).

Le 2 mai 1952, nouvelle sortie, puis rechute.

Le 20 mai 1952, troisième hospitalisation.

Toujours dans le même état : « Grande agitation, très délirant, bruyant, excitation verbale ».

Une troisième série d'électro-chocs (dix séances) est entreprise, mais ici l'accalmie ne se produit pas ou peu et surtout ne dure pas, et le malade est soumis à une *cure de Sakel*, subit 78 comas, du 31 juillet au 10 novembre 1952.

Les résultats de cette cure se montrent décevants car, si on observe, durant les premiers jours, une amélioration notable de l'état mental, peu à peu le malade retombe dans un état d'excitation analogue à l'état antérieur.

Un traitement au *largactil* — en injection, ampoules de 2 cc. pendant quinze jours — entrepris ensuite, ne donne que très peu de résultats.

Enfin, on soumet le malade au *citrate de lithium*, le 25 novembre 1952. Peu à peu, l'état d'agitation se calme, le malade abandonne ses idées délirantes et peut sortir le 31 janvier 1952.

Depuis un an, nous continuons à prendre des nouvelles de ce malade, qui poursuit son traitement au citrate de lithium à domicile (1 gr. 50 par jour) tout comme un épileptique, son gardénal. Son comportement est satisfaisant en dépit des difficultés de réinsertion sociale par manque de travail.

OBSERVATION 3. — Ch... Eugène, 51 ans. Entré à l'établissement le 28 septembre 1953. Il s'agit d'un premier internement et le certificat d'entrée est ainsi rédigé : « Présente un état d'excitation psychique avec manifestations d'idées délirantes ; éléments mégalomaniaques. Troubles du sommeil, chante dans le service depuis son entrée... »

Une ponction lombaire pratiquée à l'entrée ne montre rien d'anormal ; une série d'électro-chocs est alors commencée, entre le 5 et le 27 octobre 1953, à la suite de laquelle on note une nette amélioration générale du psychisme avec disparition des idées délirantes, syntonie, calme...

Cependant, cette accalmie dure seulement une dizaine de jours et on assiste à une installation progressive de tous les troubles qui avaient motivé le placement, y compris l'excitation.

Un traitement au *largactil*, comprimés, est alors institué pendant huit jours sans résultat et on tente une deuxième série d'électro-chocs, du 17 novembre au 8 décembre, en même temps que l'on fait prendre au malade 3 gr. de *citrate de lithium*.

On obtient une sédation rapide des troubles, et le 23 décembre le malade peut sortir. Depuis sa sortie, le malade continue à prendre une dose d'entretien de 1 gr. 50 par jour et se comporte normalement dans son milieu familial depuis plusieurs mois.

OBSERVATION 4. — B... Gérard, 30 ans. Le malade est hospitalisé le 23 décembre 1952, mais durant les années précédentes il a fait plusieurs séjours (quatre) en maison de santé, séjours entrecoupés de rémissions. Le début de l'affection semble remonter à environ cinq à six ans.

Le certificat d'entrée de ce malade est ainsi rédigé : « Est atteint de troubles du cours de la pensée avec préoccupations dogmatiques, troubles du

caractère et du comportement ayant motivé l'internement pour démence précoce ; à l'entrée, semble très amélioré et être en état de rémission. »

En effet, pendant les deux jours qui suivent l'hospitalisation, le malade manifeste un comportement subnormal, rémission très courte et due vraisemblablement au choc affectif provoqué par le changement d'ambiance... Malheureusement, dans les jours qui suivent, on assiste à une réinstallation progressive des troubles et l'on peut lire sur le rapport quotidien concernant le malade :

28 décembre 1952 : rit seul, hallucinations visuelles et auditives, refuse de s'alimenter, soliloque.

2 janvier 1953 : très turbulent, crie sans arrêt, renverse les meubles.

7 janvier 1953 : parcourt le pavillon en gesticulant, s'alimente mal.

Cet état nous incite donc à entreprendre chez le malade une *cure de Sakel*. (Il a déjà subi, dans les années précédentes, une série de 40 comas et de 6 électro-chocs).

Une amélioration légère se dessine alors, le malade est plus calme, mais reste toutefois délirant, halluciné, se réfugie dans une attitude autistique, reste très maniéré.

Un traumatisme provoquant une fracture du col du fémur doit faire interrompre le traitement au 50^e coma. On assiste alors une deuxième fois, à la suite de ce trauma, à une rémission des troubles mentaux, l'activité hallucinatoire disparaît, le malade redevient syntone, doux, s'occupe à de petits travaux tandis qu'il est couché, est gai, chante, lit...

Mais cette rémission, comme la précédente, est très brève, et au bout de trois semaines, nous assistons à une nouvelle rechute.

Nous essayons alors, mais en vain, de calmer l'activité hallucinatoire intense du malade par quelques anesthésies courtes puis par des injections de *novocaïne* intraveineuse. Le malade reste non seulement halluciné, mais encore turbulent, crie, gesticule, manifeste une excitation psychomotrice importante. Nous décidons, en désespoir de cause, de le soumettre au *citrate de lithium*, et l'on commence le traitement le 28 septembre 1953.

On assiste alors, dans les semaines qui suivent, à une régression progressive des hallucinations, les idées délirantes s'estompent, le malade est plus détendu, plus calme, plus syntone.

Quatre mois après le début du traitement le malade, bien que légèrement bradypsychique, se livre à une petite activité de bureau, où il effectue un travail réduit certes, mais très correct. Le milieu familial n'a pas permis une réinsertion sociale pour ce malade, mais nous envisageons une tentative de sortie dès que les conditions le permettent car, dès à présent, il pourrait quitter l'établissement si sa famille pouvait le recevoir. Actuellement, six mois après le début du traitement, l'amélioration s'est accentuée et le comportement est socialement normal.

OBSERVATION 5. — G... André, 53 ans. Entré le 16 avril 1953. Il s'agit d'un 7^e internement. Le premier internement a eu lieu en 1928 (le malade était âgé de 28 ans) à l'occasion d'un épisode confusionnel qui a régressé rapidement. Mais de nombreuses rechutes se sont produites en 1929, 1944, 1946, 1949, 1950, 1953, sous forme d'épisodes confusionnels cédant assez rapidement à l'électro-choc. Cependant, depuis quelque temps, ces accès tendent, non seulement à se rapprocher et à se prolonger, mais revêtent un caractère plus dramatique. D'autre part, le malade devient plus résistant à la théra-

peutique convulsivante et nous décidons de le mettre au *citrate de lithium* après une série de douze électro-chocks, qui l'ont incomplètement amélioré.

Depuis six mois, le malade absorbe quotidiennement 1 gr. 50 de citrate et n'a pas rechuté. Il a repris son travail et se montre calme.

OBSERVATION 6. — C... Roger, 29 ans. Entré le 9 décembre 1953. C'est le 3^e internement. Le certificat d'entrée relate ceci : « Est atteint d'agitation psychomotrice avec aisance, familiarité, logorrhée, satisfaction puérile de son sort... »

Il semble, d'après les renseignements fournis, que les internements précédents auraient été motivés par un état mental analogue, c'est-à-dire par une excitation psychomotrice du type maniaque.

Nous mettons d'emblée ce malade au *citrate de lithium*, et assistons progressivement à une amélioration de son comportement ; l'excitation cède, les propos délirants s'effacent, le malade peut s'occuper à l'atelier d'ergothérapie au bout d'une quinzaine de jours et sort définitivement le 19 janvier, c'est-à-dire au bout d'un mois et demi, tout en emportant sa petite provision de cachets, qu'il continuera à prendre chez lui régulièrement..., pendant quelque temps seulement, car le malade, peu surveillé, a interrompu sa cure et a dû être réadmis le 17 mars 1954, en un état d'excitation maniaque analogue au précédent. Remis aussitôt au citrate de lithium, à la dose de 4 gr. par jour, le 21 mars, il retrouve un comportement meilleur et nous avons tout lieu d'escompter la possibilité d'une sortie prochaine.

OBSERVATION 7. — P... René, 50 ans. Syndrome schizophrénique évoluant de façon intermittente, mais ayant nécessité plus de vingt années d'internement ; dans l'intervalle, malade calme et doux ; dans la période d'excitation psychomotrice, activité hallucinatoire intense, syndrome d'influence, agressivité et violences ; idées délirantes de persécution. Sorti récemment de Villejuif, dès l'arrivée à Orléans, menace l'entourage familial, brise les vitres du logement de son frère à coups de pierres, bagarre, est réinterné d'urgence.

A l'examen, au retour à l'établissement, est aussi délirant, halluciné et interprétant qu'aux précédents séjours.

Prescription du *citrate de lithium*, apaisement rapide des troubles, critique pertinente de son état passé ; en trois semaines, peut être retiré du pavillon de malades difficiles pour être placé dans un pavillon moins sévère, sort seul dans les jardins (non clôturés de l'établissement), tient sa promesse de ne pas se rendre chez lui, car l'entourage familial, particulièrement « traumatisé », ne témoigne que du seul désir de le voir maintenu enfermé.

Nous espérons améliorer bientôt cette ambiance et tenter, avec succès cette fois, une nouvelle sortie.

OBSERVATION 8. — P... André, 56 ans. Peut être résumé en ce certificat de notre collègue Daumézon, du 10 juin 1950 : « Admis pour déséquilibre mental avec manifestations cyclothymiques plus ou moins intriquées avec l'éthylisme réactionnel. Déchéance sociale progressive. Internements antérieurs. Période d'activité brouillonne avec attitude agressive à l'égard de sa famille, puis, fugue à Paris pour éviter un internement imminent. A Paris, délinquance mineure. Subexcitation intellectuelle toujours marquée, désinvolture caustique, défaut de tenue. Persistance des troubles depuis l'entrée. A maintenir. »

Dans des conditions analogues de placement, ce malade a été de nouveau traité dans le service de janvier à avril 1953. Remis à sa famille dans un état non amélioré, nous avons prescrit, sans trop y croire, à son domicile, du *citrate de lithium* ; en quelques jours, amélioration rapide ; durant quelques semaines, nous avons pu suivre le malade, dont l'état demeurait satisfaisant.

Nous terminerons par le résumé d'observations analogues :

Nos essais thérapeutiques ont été faits avec du citrate de lithium à dose de trois grammes par jour, en général, en cachet de un gramme réparti en trois fois. Dans l'ensemble, cette dose a été maintenue sans interruption pendant plusieurs mois, sans incidents, rarement nous l'avons dépassée, et en principe nous ne sommes jamais descendu au-dessous comme dose d'entretien.

Ce traitement paraît symptomatique et se rapproche du traitement de la comitialité par les barbituriques. L'interruption après plusieurs mois, tout au moins dans les états aigus, n'a pas été suivie de rechute ; il semble que les sels de lithium permettent l'évolution à bas bruit du processus morbide et que la guérison nette de l'accès d'excitation psychomotrice passé de la sorte inaperçue.

Nous avons remplacé systématiquement, sans difficulté, une partie de la dose de gardénal de quelques-uns de nos épileptiques par du citrate de lithium ; il n'y a pas eu recrudescence des crises, mais notre essai est encore trop limité pour que nous puissions en tirer une valeur générale ; il concerne des épilepsies essentielles de vieux malades d'asile.

Certains de nos cas (contrairement aux résultats de Deschamps et Denis) ont été favorablement influencés ; ils concernent des excitations psychomotrices symptomatiques de syndrome schizophrénique, soit déjà ancien, soit d'aspect plus récent (observations II (?), IV, VII) et confirment l'opinion de Cade sur ce point ; dans l'un de nos cas les plus favorables (observation IV), le résultat n'a été obtenu qu'en portant la dose à 4 gr., elle a pu ensuite être ramenée à 3 gr. par jour.

Les sels de lithium sont-ils une médication complémentaire stabilisant les résultats obtenus par l'électro-choc dans les états d'excitation maniaque ?

Cette conception est valable, mais l'action du lithium étant très rapide, il est plus simple de commencer par ce sel. L'activité thérapeutique rapide du citrate de lithium est susceptible d'éviter dans de nombreux cas des thérapeutiques de chocs et d'en restreindre les indications, peut-être abusivement étendues ces derniers temps, aussi bien dans la thérapie des états d'excitation que de certains états dépressifs.

Ainsi qu'à Deschamps et Denis, cette médication ne nous a donné aucun trouble, bien que, contrairement à l'opinion de ces auteurs et de Cade, nous n'ayons jamais prescrit de régime salin particulier.

L'hypothèse de Deschamps et Denis, envisageant de préciser le diagnostic après l'épreuve du citrate de lithium dans certains états limites, nous paraît devoir être retenue.

Nous n'avons pas utilisé le carbonate de lithium, nous étant toujours trouvé bien du citrate. Duc recommande ce sel (carbonate de lithium), qui serait mieux toléré en certains cas. Peut-être serait-il aussi possible de combiner l'action du brome et du lithium.

Mais le retour à ces thérapeutiques d'aspect archaïque, en notre ère de médicaments synthétiques, ne risque-t-il pas de discréditer les sels de lithium, pourtant fort utiles.

DISCUSSION

M. P. BLANDIN. — Le citrate de lithium ne m'a pas donné les résultats spectaculaires signalés par les auteurs dans tous les cas d'excitation psychomotrice, quelle que soit l'étiologie. Toutefois, ce produit a une action incontestable sur les états maniaques simples, mais sa prescription doit être ininterrompue.

L'artérite oblitérante n'est-elle qu'une contre-indication relative de la sismothérapie ? par M. J. CARRÈRE et M^{lle} POCHARD (de Fleury-les-Aubrais).

Nous présentons cette observation, non pas pour démontrer que les contre-indications vasculaires artéritiques en particulier n'existent pas en l'électrochothérapie, mais simplement pour insister sur la relativité de ces contre-indications lorsque l'état général s'aggrave progressivement, et que l'altération des fonctions végétatives laisse craindre l'entrée en quelques heures dans un état agonique ; il semble qu'il y ait un laps de temps assez court durant lequel l'électro-choc peut renverser cette évolution.

Nous ne présenterions pas cette observation, si elle ne venait se rattacher en une certaine mesure avec les tentatives de Leroy dans le traitement des hémipylégies par l'électro-choc.

Le passé artériel de notre malade peut se résumer avec précision en ces extraits de lettres rédigées par son médecin consultant à son médecin traitant. La première remonte au 7 avril 1951.

OBSERVATION. — 7 avril 1951 : « Je viens de voir votre malade qui a, en effet, une diminution de pulsatilité de la tibiale postérieure et de la pédieuse droites, du côté où il se plaint de claudication intermittente. Nul doute qu'il s'agisse d'un début d'artériosclérose sténosante, qui évolue vers l'oblitération. Etant donné que l'ensemble du système artériel est également défectueux, cliniquement, radioscopiquement, électriquement et au niveau du fond d'œil, il faut appliquer un traitement général, qui consiste avant tout dans le repos absolu au lit pendant un mois avec désensibilisants hépatiques et

régime alimentaire. Ces dernières prescriptions, étant justifiées par un terrain éthylique indubitable. »

21 avril 1951 : différents résultats d'examens de laboratoire : « Je viens de voir les résultats des examens de laboratoire de M. X... Il a une glycémie à 1 gr. 25, ce qui est trop élevé, et une urée à 0,45. Il est à maintenir au repos absolu avec le régime que nous avons donné. Je referai, d'ici sa nouvelle convocation à ma consultation, de nouveaux examens de laboratoire, pour voir si, sous l'influence de ce traitement, l'hyperglycémie a disparu. »

26 mai 1951 : compte rendu d'artériographie du D^r Reboul sur le membre inférieur droit de M. X... : « Il existe une artérite généralisée qui contre-indique toute intervention chirurgicale, notamment l'endartériectomie et la sympathectomie. Il n'y a donc qu'un moyen : le traitement général que nous avons entrepris, à condition que M. X... garde le repos au moins un mois, avec le même traitement et le régime que nous avons institué, mais plus rigoureusement observé. »

9 octobre 1951 : nette amélioration du point de vue fonctionnel. Reprise d'un travail à mi-temps.

22 mars 1952 : amélioration persistante. Pulsatilité de la pédieuse et de la tibiale postérieure réapparue, élévation de la température cutanée de la jambe malade. Amélioration progressive jusqu'au 20 octobre 1952.

28 janvier 1953 : rechute ; quelques crampes, diminution légère de l'oscillométrie et de la pulsatilité.

28 mars 1953 : reprise d'un régime strict. Alitement d'un mois prévu.

8 avril 1953 : certificat d'internement pour agitation et délire. Certificat d'entrée du D^r Caron : « Est atteint de troubles mentaux artériopathiques. Etat confuso-déméntiel. Syndrome délirant d'aspect subaigu avec vive agitation. Traité depuis plusieurs années pour des troubles artéritiques généralisés. Ethylisme ancien. »

22 avril 1953 : certificat de quinzaine de nous-mêmes : « Syndrome confuso-déméntiel chez un artérioscléreux, agitation, opposition suivies de périodes de torpeur. Périodes d'amnésie cédant au traitement. Etat général grave. Pronostic très réservé. A maintenir. »

Examens humoraux : 9 avril, urée : 0,31 ; 21 avril, urée : 0,43 ; 22 mai, urée : 0,35. Meinicke, Kahn, Calmette-Massol : négatif.

9 avril 1953 : dès l'entrée, syndrome d'agitation confusionnelle, onirisme ++, impulsivité, violence. Etat général grave, urine peu, langue sèche, s'alimente mal.

14 avril 1953 : aggravation, torpeur dans la matinée, hostilité à l'égard de sa femme venue le voir. N'urine pas ce jour.

15 avril 1953 : urine peu. Sulfate de magnésie intra-veineux

16 avril 1953 : état général plus grave. Malade pré-comateux. Electro-choc léger (15 w./s.) : absence. Au réveil : angoissé, pleure, s'inquiète de ce qui lui est arrivé. S'alimente le soir. Agitation nocturne jusqu'à 4 heures du matin.

17 avril 1953 : électro-choc : absence. Au réveil : pleure, quelques paroles, dort jusqu'à 15 heures. N'urine pas.

18 avril 1953 : agitation, confusion, gâtisme.

19 avril 1953 : l'état ne s'aggrave plus.

20 avril 1953 : agitation, délire, mais meilleur aspect.

21 avril 1953 : électro-choc : absence. S'alimente seul. Urine ++++. Urée : 0,43. Chophytol.

22 avril 1953 : troublé, s'agite, moins somnolent.

23 avril 1953 : moins confus, plus tonique, se lève, joue au billard. Au soir : anxieux.

24 avril 1953 : électro-choc : absence.

25 avril 1953 : troublé.

26 avril 1953 : amélioration nette, bon appétit, demeure confus.

28 avril 1953 : électro-choc : crise franche. De mieux en mieux.

30 avril 1953 : encore confus. Etat général meilleur.

1^{er} mai 1953 : électro-choc : crise forte. Reçoit sa femme normalement.

5 mai 1953 : électro-choc : absence. S'alimente bien. Bon comportement.

17 mai 1953 : premier congé de deux jours.

23 mai 1953 : congé dans sa famille; retrouve dans sa famille un psychisme normal.

Durant tout le séjour à l'établissement, suppression du régime ; reprise d'une activité générale à sa sortie : fait son jardin, circule à bicyclette.

Amélioration de l'artérite, hypothermie persistante du gros orteil toutefois.

En décembre, reprise d'un travail normal, plus sédentaire seulement.

Ce jour, en mars 1954, persistance de l'activité professionnelle.

Résultats thérapeutiques différés et résultats entretenus après lobotomie, par MM. J. LABOUCARIÉ, P. BARRES et M^{lle} J. ANDRÉ.

Il nous paraît important d'attirer l'attention sur des processus de guérison assez fréquents chez nos lobotomisés : il s'agit des cas où les résultats thérapeutiques ne se manifestent que tardivement, et de ceux où des résultats favorables resteraient précaires et transitoires, s'ils n'étaient pas entretenus par d'autres thérapeutiques.

a) *Résultats différés.* — Il est des malades dont les troubles ne subissent aucune modification apparente après l'intervention ou réapparaissent dès que la confusion post-opératoire est dissipée, mais chez lesquels les troubles psychiques finissent par disparaître pour aboutir à des améliorations ou à des guérisons durables dans un délai de trois à six mois.

Dans les psychoses délirantes systématisées, nous avons observé assez souvent, dans les semaines qui suivent l'intervention, la reprise des phénomènes morbides, avec quelquefois même reviviscence des thèmes initiaux. C'est ainsi que, dans trois cas de délires interprétatifs, qui furent considérés d'abord comme des échecs de la lobotomie, les malades purent cependant quitter l'hôpital psychiatrique où ils avaient été internés, trois à cinq mois après l'intervention, pour reprendre une vie normale avec réadaptation professionnelle complète, maintenue depuis un an, deux ans et quatre ans. Dans quatre cas de délires hallucinatoires, l'amélioration ne s'est amorcée qu'après plusieurs mois, pour ne s'affirmer parfois qu'au bout d'un an, en particulier dans l'observation que nous développons ailleurs, la rectification du délire ne s'est faite que cinq mois après la lobotomie.

Deux névroses obsessionnelles dans les six mois qui ont suivi l'intervention ne présentaient que des améliorations très incertaines. Mais dans l'année qui a suivi, on a observé une transformation totale avec disparition de l'angoisse, indifférence aux obsessions passées et reprise d'une activité régulière. Il est intéressant de noter que l'une de ces malades, dans les mois qui ont suivi l'intervention, était apparue à l'un de nos collègues comme démonstrative d'altération mentale consécutive à la lobotomie, tant étaient importantes ici les inhibitions et les stéréotypies et pourtant, un an après, la malade pouvait sortir de l'hôpital psychiatrique et mener une vie rapidement normale avec, en particulier, une intégrité psychologique certaine.

Indiquons ici qu'en règle générale, dans les cas de psychose délirante systématisée et dans les névroses obsessionnelles graves, nous croyons utile de pratiquer l'électro-choc assez précocement dès la fin de la phase confusionnelle post-opératoire, chaque fois que les troubles paraissent survivre ou se reconstituer. Dans plusieurs cas, en effet, la convulsivothérapie a paru réellement déclencher la guérison définitive. Et nous savons du reste que Freeman est partisan de l'utilisation précoce de l'électro-choc après la lobotomie et qu'il préconise même son utilisation pour calmer l'agitation post-opératoire, ce qui montre bien l'innocuité de la convulsivothérapie après l'intervention.

Enfin, il faut aussi remarquer la lente amélioration du niveau d'adaptation sociale et professionnelle commune à l'ensemble des lobotomisés, qui s'étale sur les années qui suivent l'intervention. Ceci se traduit, dans nos observations cliniques, par des réussites sociales et professionnelles de niveau élevé, par exemple, reprise d'une situation d'ingénieur, réussite professionnelle remarquable dans une profession libérale, succès universitaires à un concours d'agrégation. Nous trouvons ainsi, dans les larges statistiques américaines, telle que celle de Freeman (1), sur 1.000 cas suivis pendant une période de un an à seize ans, confirmation de cette donnée, qui nous paraît primordiale dans le pronostic thérapeutique de la lobotomie, à savoir que les progrès dans l'adaptation sociale s'accroissent avec le temps et se poursuivent encore après cinq ans.

Ces résultats différés doivent être opposés à certains résultats immédiats, spectaculaires, que nous rencontrons surtout chez les schizophrènes, mais qui sont suivis assez souvent de rechute rapide dans les mois qui suivent l'intervention. Cette transitoire rémission, consécutive à la lobotomie, est ici sans signification thérapeutique et ne fait que confirmer l'étonnante réversibilité des schizophrénies même anciennes, sous l'influence d'une perturbation somatique telle que la réalise ici le traumatisme opératoire.

Ainsi, d'après notre expérience déjà importante de la lobotomie, nous pensons qu'il faut opposer les psychoses délirantes évoluant vers

(1) W. FREEMAN : Niveau d'adaptation après lobotomie. *Am. Journ. of Psych.*, vol. 110, n° 4, octobre 1953.

la systématisation, aux psychoses à évolution dissociative, dans l'appréciation des résultats thérapeutiques ; dans les premières, les résultats sont souvent différés et deviennent durables ; dans les secondes, certains résultats immédiats favorables n'empêchent pas la réapparition des troubles et la dissociation ultérieure.

b) *Résultats entretenus.* — Parmi les malades qui rechutent ou qui ne paraissent pas améliorés après la lobotomie, beaucoup se montrent alors sensibles aux thérapeutiques de choc, et plus particulièrement à l'électro-choc. Nous avons ici même, au cours de nos précédentes communications, attiré à plusieurs reprises l'attention sur le fait que la lobotomie rendait sensible le malade à ces actions thérapeutiques qui, avant l'intervention, demeuraient sans effets. Singer (1951) a montré de même l'intérêt de la cure de Sakel après la lobotomie.

Ce qui nous paraît important au point de vue pratique, c'est de pouvoir maintenir certains résultats thérapeutiques consécutifs à la lobotomie, par la répétition, en séances plus ou moins espacées, d'électro-chocs qui, dans beaucoup de cas, permettent des resocialisations durables en réalisant de véritables guérisons ou améliorations entretenues. Un schizophrène paranoïde, lobotomisé en 1950, après échec de la cure de Sakel, et après un internement d'un an dans un hôpital psychiatrique, peut vivre depuis quatre ans normalement dans sa famille malgré plusieurs menaces de rechute, surtout dans les deux premières années, grâce à de courtes séries d'électro-chocs appliquées d'abord tous les quinze jours, puis tous les mois, et maintenant tous les deux mois. De même, un délire hypocondriaque a bénéficié, après la lobotomie, d'électro-chocs ambulatoires, qui permettaient une vie adaptée en famille. Une névrose obsessionnelle qui, après lobotomie, présente encore des crises de paroxysme anxieux, voit ces crises de paroxysme réduites en quelques jours par deux ou trois électro-chocs, sous narcose, et enfin, dans un cas de psychose périodique grave, aux accès maniaques particulièrement intenses, et insensibles à l'action des chocs avant la lobotomie, on constate depuis trois ans une diminution notable de l'intensité et de la durée des accès maniaques grâce à de courtes séries de chocs. Enfin, bien que moins significative, nous avons l'impression, dans un cas de schizophrénie et dans un cas de psychose hallucinatoire chronique, que la lobotomie, après avoir donné une rémission transitoire, a eu son action thérapeutique prolongée par la convulsivothérapie, qui s'est montrée sans doute impuissante à enrayer l'évolution, mais qui a paru augmenter la durée des rémissions et retarder, pendant deux et trois ans, l'internement.

Ces résultats différés et ces résultats entretenus viennent compenser, statistiquement, les rechutes immédiates et tardives et nous montrer que, dans beaucoup de cas, les effets thérapeutiques peuvent s'affirmer dans des conditions et dans des délais inhabituels. Nous devons surtout reconnaître que la lobotomie, « loin d'être une thérapeutique de désespoir », est très souvent, non pas un dernier acte thérapeutique,

mais le début d'une nouvelle période thérapeutique, où la psychothérapie et la convulsivothérapie jouent un rôle essentiel, et ceci particulièrement dans les cas qui comportent une intégrité du fond mental, dans les névroses obsessionnelles et dans certaines psychoses systématisées.

Délire de filiation et lobotomie,
par MM. Jean LABOUCARIÉ et Pierre BARRES.

Nous avons publié ici-même les résultats souvent favorables de la psychochirurgie dans les psychoses délirantes systématisées. Nous rapportons une nouvelle observation, qui nous paraît significative.

OBSERVATION. — Hospitalisée en mars 1953, à la suite d'une fugue délirante, Sophie est une jeune fille de 25 ans, étudiante en lettres, qui présente un délire érotomane et de filiation, remontant déjà à plus d'un an.

Quand nous l'examinons alors, elle se présente en pleine activité délirante, avec profusion de symptômes, d'emprise de sa pensée, d'influence, de sentiments d'étrangeté, qui réalisent un syndrome de dépersonnalisation typique. Elle se dit en communication de pensée permanente avec un jeune médecin, le Dr X..., qui « est comme marié », mais « dont le mariage n'est pas valable » et qui doit l'épouser... Il la dirige, lui procure certaines sensations inconnues jusque-là. En outre, elle a eu la révélation qu'elle a été substituée dans son berceau, que ses parents ne sont que des parents adoptifs, et qu'elle ne s'appelle pas Sophie A..., mais Charlotte B... Tous ces faits lui paraissent si extraordinaires qu'elle les a longtemps cachés de peur de passer pour folle ; elle a même vu le diable qui pénétrait dans le lit de sa mère, « et elle l'a senti tout près » !

L'activité délirante rétrospective remonte à son adolescence : c'est à l'âge de 17 ans que lui aurait été révélée sa paternité réelle, et elle a assisté à plusieurs reprises à des scènes extraordinaires : notamment au moment de la mort de son père, en 1950 ; puis à l'occasion d'un examen gynécologique, pratiqué précisément par le Dr X... en juillet 1951. S'il est difficile, à la période où nous examinons la malade, de se repérer parmi l'abondance des faux souvenirs, il est très important de noter qu'il n'existe pas alors de gros troubles de la conscience, et que le contact affectif est excellent. En fait, le début réel des troubles paraît se situer en décembre 1951 : elle commençait alors sa deuxième année de licence ès-lettres, après avoir passé avec succès un premier certificat. Au cours d'un bal, elle déclare assister à une véritable mise en scène : son médecin gynécologue est là, elle a l'impression qu'il devine sa pensée et lui parle. Il lui promet, assure-t-elle, le mariage, mais lui demande de ne pas se voir pendant un an. Et depuis lors, il dirige sa vie par transmission de pensée, et elle sait qu'elle est « sa fiancée ». Elle continuera néanmoins à vivre normalement sans chercher à le voir « puisqu'il le lui a demandé », mais elle ne présentera pas son examen « puisqu'il le lui a défendu ». De retour chez elle pour les grandes vacances, sa famille la trouve seulement un peu absente, et s'étonne de quelques propos bizarres, et de quelques réactions d'hostilité inhabituelle. En novembre 1952, elle reprend ses cours à la Faculté, mais manifeste alors des réac-

tions dépressives qui alarment sa famille, qui l'obligent à interrompre ses études et la reprennent. Son comportement devient alors nettement pathologique, jusqu'à une fugue délirante qui motive son placement et au cours de laquelle, dit-elle, « elle était conduite de force vers Lourdes, où elle devait se rendre à pied ».

Une cure de Sakel est entreprise de mars à mai 1953 ; après 40 comas, les phénomènes de transmission de pensée et d'emprise de ses actes, et les hallucinations génitales persistent. Le délire s'est affirmé, gagnant en précision et en systématisation, marqué d'une conviction totale et inébranlable. Elle refuse d'écrire à sa famille, « qui n'est pas la sienne » ; elle reçoit, sans leur parler, « ses anciennes sœurs », se refuse à faire aucun projet ; « dans ma condition, dit-elle, je n'ai qu'à me laisser guider... Je n'ai qu'à rejoindre le D^r X..., à retrouver ma vraie famille ». Par ailleurs, en dehors du secteur délirant, on constate une intégrité absolue de la personnalité avec une adaptation remarquable à la vie de la clinique, où elle se montre particulièrement sociable, enjouée, animatrice même.

Quatre mois après son entrée en clinique, les phénomènes hallucinatoires et les constructions imaginaires sont aussi vivaces, et le délire s'est organisé selon une *structure manifestement paraphrénique*. Et il n'existe aucun signe de désagrégation de la personnalité : la malade est heureuse, dans l'attente du bonheur promis, vivant dans une harmonisation parfaite dans son monde imaginaire et dans le réel quotidien, ne révélant qu'à ses médecins tout ce qui se rapporte à ses croyances délirantes, et se montrant particulièrement syntone dans la vie quotidienne. Il n'est pas possible d'entrevoir pour elle de solutions sociales, en raison de l'obstination de la malade d'aller rejoindre le D^r X..., « mes projets, retrouver mon fiancé, le D^r X..., déjà marié ? Mais c'est un mariage qui ne compte pas, et d'ailleurs sa femme est internée... Je le sais, je l'ai rencontrée il y a deux jours dans la clinique ».

Une lobotomie frontale bilatérale est alors envisagée. Elle est pratiquée le 3 juillet 1953, par le professeur Guy Lazorthes. Le syndrome post-opératoire est particulièrement discret et, trois semaines après l'intervention, il n'existe pas la moindre note dysthymique ni confusionnelle cliniquement appréciable. La malade reprend sa vie habituelle en clinique, comme précédemment. On observe alors que les hallucinations se sont estompées, mais que le délire paraît intact : « Vous cherchez, dit-elle, à ce moment, depuis des mois à m'enlever ces idées... Mais, vous n'y arriverez pas, vous ne pouvez pas me guérir, parce que je ne suis pas malade... » Durant le deuxième mois qui suit l'intervention, l'on se heurte au même refus obstiné de revoir sa famille, et au même parti-pris d'attendre les événements qui ne peuvent manquer de se produire : se marier avec le D^r X..., retrouver ses vrais parents. Mais, elle n'extériorise plus aucuns phénomènes hallucinatoires, et ceux-ci paraissent vraiment avoir disparu depuis la lobotomie, alors que les constructions imaginatives sont immuables, en sorte que tout permet de croire à un délire fixé irréductible : n'affirme-t-elle pas avec force que son vrai nom est Charlotte, que nul ne l'empêchera d'épouser le D^r X..., etc... Une curieuse lettre, qu'elle écrit à l'un de nous au cours de ce mois d'août 1953, révèle cependant, déjà, une transformation dans son attitude, que les événements vont confirmer : « Cher papa II, écrit-elle, je tiens à vous remercier tout spécialement de votre décision de me garder ainsi jusqu'à ce que ce qui nous a été promis, se réalise... Dieu veuille que je tienne bon jus-

qu'au bout, car si ce mois-ci ne nous apporte pas la réalisation de ce qui nous a été promis, la perspective de la prolongation de cette longue et pénible attente m'effraie, surtout lorsque j'ai le malheur de laisser le doute s'installer un instant en moi. C'est mal, je le sais, et je me le reproche... » Et elle conclut par cette formule mystérieuse « votre future petite belle-fille ». Ainsi, paraissent coexister la tendance à adhérer toujours à sa fiction délirante dans une attitude d'espoir et de fidélité, et la tendance à y renoncer, sinon même à la mettre en doute en l'absence des preuves hallucinatoires actuelles. Désormais, le dilemme est clairement posé par elle quand elle nous dit : « Il y en a un de nous deux qui se trompe : c'est vous, ou alors je suis folle. »

Durant les troisième et quatrième mois après son intervention, elle paraît se raccrocher désespérément à cette fiction qui lui échappe, mais qui lui est devenue nécessaire, alors que toute base hallucinoïde a disparu depuis longtemps. Elle se montre déçue, de cette longue attente. Et c'est alors que, dans un dernier sursaut de son délire, qui n'est déjà plus qu'un souvenir auquel elle ne peut renoncer sans être obligée d'admettre « sa folie », elle lance un ultime et dernier appel à son fiancé, « rompant ainsi le silence qu'elle s'était jusque-là imposé, et que l'ineffable présence hallucinoïde rendait alors superflu : « Mon chéri, j'ai pu jusqu'à présent dominer mon ennui de vous, mais aujourd'hui je me permets de jeter ces quelques lignes sur cette feuille pour vous crier mon amour, toujours aussi vivace... » Et cependant, on assiste alors à une transformation totale de ses croyances délirantes au cours des entreprises qu'elle a avec ses médecins. Si elle refuse toujours les explications simples qui lui sont proposées, elle accepte en fait la discussion et recherche la justification de son délire, non plus en elle-même, mais dans la prétendue réalité des faits qu'elle cherche à contrôler par un véritable appel à témoins : elle écrit à ses amis et leurs réponses brisent ses dernières résistances, et en l'espace de quelques jours, elle sort littéralement de son délire, critiquant toutes ses productions imaginatives, nous reprochant même d'avoir entretenu ses illusions par manque de netteté et de franchise dans nos explications, et affirme même qu'après tout « elle ne délirait plus depuis très longtemps », même avant la lobotomie, interprétation rétrospective et évidemment démentie par la résistance farouche qu'elle opposait avant à toute psychothérapie. Il est aisé de voir, dans ce subit reniement en bloc du délire, le besoin de minimiser à l'extrême ce qu'elle appelle maintenant, dans le même souci, « son rêve », et non plus sa folie. Ce revirement, rappelons-le, s'opère cinq mois après la lobotomie, et, semble-t-il, grâce au tarissement de la source délirante qui paraît l'avoir suivie.

La guérison se confirme rapidement par l'impatience que montre Sophie à recevoir sa famille, à reprendre une vie normale, comme en témoigne la lettre suivante à sa mère, dont nous donnons quelques extraits significatifs : « ...Jeudi je serai parmi vous : c'est une joie, n'est-ce pas, le retour de l'enfant terrible, qui revient absolument guérie ? J'ai hâte de reprendre une vie active... Le retour au bercail jeudi, la joie de vous revoir et de vous embrasser. » Et, à son retour, elle manifeste le bonheur le plus vif de retrouver les siens, en même temps qu'une certaine inquiétude de ce que les gens auront pu dire sur sa longue absence.

À sa sortie de la clinique, en décembre 1953, elle nous confirme la disparition de tout son délire par cette formule : « J'ai rêvé tout le long... Il

s'était passé des faits extraordinaires, dans mon esprit... Je les ai crus comme une idiote... C'est du passé. N'en parlons plus. » Trois mois après, nous la revoyons, après un séjour sur la côte basque auprès d'une de ses sœurs, où elle s'est montrée en tous points normale ; elle nous confirme, avec nuance, finesse, et une ironie amusée, l'authenticité de sa guérison. Par ailleurs, elle est décidée à préparer un concours administratif, et elle retrouve toutes ses riches aptitudes intellectuelles.

En résumé, il nous paraît acquis que ce délire correspondait bien à une structure paraphrénique typique. Dans la période initiale où nous l'avons observé, ce délire correspondait à une expérience hallucinatoire aiguë de dépersonnalisation et, par la suite, d'une organisation délirante de filiation et d'érotomanie vécues sur le mode fantastique de la paraphrénie. La lobotomie n'a d'abord été suivie d'aucuns résultats apparents, n'entraînant aucune amnésie thématique mais, par la suite, au bout de quatre mois, elle aboutissait à une transformation progressive du système délirant, comme si la malade était devenue capable alors seulement de critiquer son expérience délirante passée, qui a littéralement fondu sous l'influence d'une action psychothérapique active, qui auparavant se heurtait à une résistance absolue.

A propos du secret médical dans les hôpitaux psychiatriques et du respect de la nature confidentielle de la correspondance des médecins chefs de service, par M. Maurice LECONTE.

Dans une communication intitulée « Quelques objectifs de la révolution psychiatrique (1) », nous avons exprimé notre avis que le secret médical n'était pas assez observé en milieu psychiatrique.

Dans le dix-septième des points essentiels que nous avons soulevés, nous avons, en effet, écrit :

« *Le respect du secret professionnel* : violé parfois comme il n'est pas permis de l'être par l'apathie, la routine, l'indifférence asilaire et l'immixtion politico-administrative.

« Deux remèdes : répression des abus, transfert du bureau des aliénés, pour la partie médicale et les certificats à la direction de la santé, le Préfet n'ayant réellement à connaître que des arguments justifiant les décisions des placements d'office. »

Nous avons trop lutté au cours de notre carrière pour la conservation de l'esprit médical, le perfectionnement de la technique médicale, le respect de la fonction et de l'indépendance médicale en milieu psychiatrique pour passer sous silence des pratiques périmées venues

(1) *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française*, Rennes-Dinan-Pontorson, 16-23 juillet 1951.

à notre connaissance qui violent le secret médical et sont encore en vigueur bien qu'inadmissibles du fait d'un mauvais vouloir que des textes, administratifs ou juridiques, condamnent cependant de toute évidence.

Nous rappellerons tout d'abord quelques passages du code pénal qui devraient justifier, sans qu'on lui en fasse grief, un médecin qui entend, sans nulle mauvaise intention, conformer ses actes à ses convictions, ses devoirs et l'enseignement qu'il professe depuis qu'il possède d'ailleurs le diplôme de médecin-légiste et le doctorat en médecine.

Ces articles visent le secret professionnel et les sanctions éventuelles le concernant.

Obligation du secret médical (article 378 du code pénal).

Article 378 (loi 21 février 1944, validée par ordonnance 28 juin 1945). — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 24.000 à 120.000 francs.

Caractère absolu de cette obligation.

« 7. — L'obligation au secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état ; elle est générale et absolue, et il n'appartient à personne de les en affranchir ; ils sont, dès lors, fondés à s'en prévaloir pour refuser de déposer en justice sur des faits dont ils n'ont eu connaissance qu'à l'occasion de l'exercice de leur profession. » — Crim., 8 mai 1947, D., 1948, 109, note de M. Gulphe. (Dalloz, code pénal, page 242).

Limitation des cas où le médecin peut être délié.

« 6. — « Les "docteurs, officiers de santé ou sages-femmes" ne sont relevés de l'obligation du secret professionnel à l'égard des maladies épidémiques par la loi du 30 novembre 1892 que dans la mesure nécessaire aux communications qu'ils doivent adresser à l'autorité publique. » (Dalloz, code pénal, page 241).

Nous étudierons successivement :

1° le problème de la communication confidentielle du diagnostic des décès des malades internés, au directeur à la santé ;

2° correspondance adressée impersonnellement aux médecins-chefs ouverte par le directeur ;

3° transmission des certificats prescrits par la loi de 1838.

*1° Nécessité du secret concernant les certificats de décès
transmis au directeur départemental à la santé*

Le certificat de décès, façon carte-lettre bleue, réservé à la transmission du diagnostic du décès du directeur départemental à la santé

est formel. Il y est porté la mention « Document confidentiel ». « *Ne doit être ouvert que par le directeur départemental de la santé.* ».

Or, la direction, fait incroyable, exige des médecins de l'établissement la remise ouverte de ce bulletin avec communication du diagnostic des décès. Sans doute sont-ils libres, mais.....

.....A notre avis, la Faculté, l'Ordre des médecins s'y opposent autant que notre conviction personnelle.

On nous objecte que le directeur administratif est le représentant du préfet — nous aussi, entre parenthèses, dans un autre domaine — et que la communication du diagnostic lui est nécessaire, en cas d'épidémie par exemple.

Nous pensons que ceux de nos collègues qui cèdent à la pression directoriale se trompent périlleusement.

Nous voulons surtout démontrer que cette communication à un tiers, profane et non qualifié, n'est pas nécessaire.

Elle est, parfois, manifestement malencontreuse puisqu'il nous est arrivé de constater que des diagnostics allaient de bureaux hospitaliers en bureaux hospitaliers et certaines fois, au cours de notre carrière, nous les avons même trouvés entre les mains des pompes funèbres. C'est dire la nécessité d'être prudent en la matière.

La loi et la réglementation permettent de satisfaire à l'intérêt social sans aucune violation du secret médical.

Un seul principe suffit : *ne jamais remettre simultanément à la même autorité administrative transmettrice ou réceptrice : nom du malade et diagnostic du décès.*

Ainsi, le directeur administratif et le maire ne doivent pouvoir connaître que le nom du décédé. Le directeur départemental de la santé et le service d'hygiène de la préfecture de police, que le diagnostic de la cause du décès.

Le directeur administratif n'a pas à posséder cette dernière, car c'est au directeur départemental de la santé que les problèmes d'épidémie appartiennent. Il incombe aussi à ce dernier — la chose y est imprimée —, de mentionner sur le bulletin vert n° 7, dit bulletin de décès, et sans mention du nom, le diagnostic du « certificat de décès », à lui adressé, encore sans mentionner de nom, par le médecin signataire du certificat de visite après décès et du certificat de décès pour le maire.

Sans respect de cette règle, il nous semble qu'il y a violation du secret professionnel, ou du moins grave imprudence.

Nous voulons surtout qu'il soit reconnu — chacun étant juge au sein de sa conscience — que le chef de service qui scelle son diagnostic n'est pas pour autant un fonctionnaire subversif refusant de collaborer avec les services d'hygiène et un tenant trop rigide du secret médical.

Malgré le puéril ombrage d'un amour-propre peu au courant des doctrines médicales, ...nous pratiquons ainsi depuis toujours, et nous ne croyons pas qu'aucun rouage administratif n'ait cessé de tourner.

Nous fermons actuellement nos bulletins de décès et n'avons pas l'intention de les rouvrir.

Il nous est arrivé d'apprendre qu'en Savoie, en 1947, nos certificats avaient été rouverts. La menace des tribunaux, en cas de récidive, vit cesser ce délit pénal.

En tout cas, seul un avis du ministre de la santé publique ou de l'Ordre des médecins à qui présente copie de notre communication sera adressée, pourrait nous faire reconsidérer une question que nous croyons close.

Nous avons d'ailleurs été sanctionnés par le directeur administratif. Cette sanction se résume en l'attitude suivante : puisque vous ne voulez pas me donner le diagnostic des décès, transmettez vous-même votre bulletin au maire, na !

C'est ce que nous faisons, le seul inconvénient en étant la non arrivée en même temps du bulletin blanc destiné à la mairie qui a pu, certaines fois, retarder la remise du permis d'inhuiner. Mais c'est là une enfantine mesure de rétorsion qui ne saurait balancer avec le fait d'avoir obtenu le respect si nécessaire de nos prérogatives.

Inutile de dire que nous signalons toujours, s'il y a maladie nécessitant désinfection, sur ce bulletin blanc appelé certificat de visite après décès, nous bornant à laisser connaître au directeur administratif comme au maire le seul diagnostic stéréotypé suivant : « Mort naturelle et non contagieuse », quand aucun problème de dérogation prévu par la loi ne s'y oppose.

Rappelons enfin, pour terminer, ce que déclare le code de déontologie sur les devoirs généraux des médecins dans son article 4 : « Le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations établies par la loi. »

Il ne saurait y en avoir en faveur de la prétention de certains directeurs administratifs.

2° Correspondance adressée impersonnellement aux médecin-chefs ouverte par le directeur

La direction de notre hôpital entend maintenir un usage local que je n'ai nulle part rencontré, qui consiste à ouvrir elle-même les lettres, quelles qu'elles soient, adressées à l'un des médecins-chefs, quand il n'y a pas de précision sur la section intéressée et même les lettres adressées pluralement à MM. les médecins-chefs.

Je prétends opposer et j'oppose depuis un an à cette pratique mon désir de voir respecter le principe médical et la règle suivante, d'autant plus qu'avant mes réclamations, et tout récemment encore, l'enveloppe qui prouverait que la lettre ne m'était pas adressée nommément, n'est pas jointe à la transmission.

« Toute lettre adressée à un médecin ne peut être ouverte que par un médecin. »

Tout au plus, le directeur est-il en droit, en cas de désaccord des médecins, de retourner les lettres à la poste pour que, selon la réglementation sur les lettres tombées au rebut, celles-ci soient retournées à l'envoyeur.

Il est plus sage, pour la célérité des échanges, de les remettre au doyen ou au représentant qualifié du corps médical de l'hôpital.

Je n'ai pu encore obtenir de l'autorité supérieure que ce problème soit tranché.

Il me paraît personnellement pouvoir l'être pénalement, si l'administration continuait à s'abuser sur le droit du médecin de refuser à un directeur celui d'ouvrir une lettre le concernant adressée à un médecin.

C'est l'article 187 du code pénal ainsi libellé, auquel il peut être fait appel éventuellement, car sa portée nous semble générale : « Loi 15 juin 1922 : En dehors des cas prévus au paragraphe premier « du présent article, toute suppression, toute ouverture de correspondance, adressées à des tiers, faite de mauvaise foi, sera punie « d'un emprisonnement de six jours à un an et d'une amende de « 4.000 francs à 120.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement. » (Daloz, édition 1954).

Or, dans notre profession, il peut s'agir de lettres ou des feuilles de renseignements confidentiels où les familles nous confient les derniers secrets de leur intimité ou de leur hérédité, ou de celles de leurs malades.

3° *Transmission des certificats prescrits par la loi de 1838* (certificats de 24 heures, de quinzaine et de situations divers)

Il s'agit là de la seule révélation obligatoire et légale du secret médical dans la pratique psychiatrique.

Certains préconisent que ces certificats soient le moins explicites possible. Mais la chose n'est pas possible, puisqu'il faut justifier à l'autorité supérieure des motifs sur lesquels s'étaient l'avis du médecin qui conseille ou non le maintien de l'internement.

Et ces motifs peuvent être d'ordre psychologique, somatique, biologique ou social, ou les quatre à la fois (1), car ils reposent sur les données des psycho-diagnostic, somato-diagnostic, bio-diagnostic et socio-diagnostic.

Les particularités de la maladie doivent être notifiées et, même à la quinzaine, faut-il confirmer ou rectifier les observations faites (articles 8 à 11 de la loi de 1838 entre autres).

Nous pensons que la solution du problème consistera, à l'avenir, dans la réduction au minimum des tiers, qui ne sont pas des confidentiels

(1) Conception positive des conditions actuelles de l'internement et de son maintien. *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française de Marseille*, septembre 1948.

nécessaires par la transmission directe au préfet, sans que le directeur administratif puisse apprécier le contenu du certifiçal.

Mais c'est là, certes, un objectif qui ne peut être atteint que par un remaniement de la loi de 1838, dont le registre de la loi pourrait peut-être voir son siège déplacé.

Quoi qu'il en soit, nous souhaitons que la « Division » des maladies mentaux, qui siège à la préfecture, soit remise en des mains médicales, en la transférant parmi les attributions du directeur départemental à la santé.

L'objectif principal, en conséquence, quant à la transmission des certificats, sera la *transmission directe* au préfet au nom du principe essentiel suivant : « *La réduction des tiers n'étant pas des confidentiels nécessaires, doit être assurée au maximum.* »

Du respect de la nature confidentielle de la correspondance des médecins chefs de service des hôpitaux psychiatriques et du secret des diagnostics dans les certificats de maladie, par M. Maurice LECONTE.

Nous envisagerons successivement, dans cette deuxième communication, trois points particuliers dont l'étude constitue cependant un tout avec celle des précédents.

1° Respect de l'indépendance et de la nature confidentielle de la correspondance médicale.

2° Correspondance administrative et correspondance de nature personnelle à des supérieurs administratifs.

3° De la mention des diagnostics par les médecins traitants sur les certificats médicaux accordant un congé de maladie au personnel.

1° Respect de l'indépendance et de la nature confidentielle de la correspondance médicale

J'ai constaté, à mon arrivée, que la correspondance du chef de service adressée aux familles était assujettie à la double mesure suivante :

- 1) remise ouverte de la lettre à la direction ;
- 2) apposition d'un cachet directorial sur les bulletins de santé, transmis à la famille.

Les inconvénients en sont triples. Ces pratiques :

a) vont à l'encontre de l'autonomie et de l'indépendance nécessaire du service médical. Des problèmes d'ordres sociaux transmis par le service social risquent d'être ainsi compromis par le mauvais effet psychologique produit sur les familles ;

b) sont contraires aux exigences déontologiques sur le secret médical ou entravent la liberté d'action du médecin.

Le plus étonnant est que la direction autorise tout de même à ce que les lettres des malades à leurs parents soient scellées à la sortie du cabinet du médecin-chef qui, légalement, les contrôle, car il s'agit de malades mentaux, et soient timbrées, puis postées sans passage à la direction.

Il en résulte que le médecin se voit refuser ce qui est accordé à des milliers d'aliénés !

Or, il peut être nécessaire de mentionner dans la correspondance avec les familles ou leurs médecins des renseignements dont la divulgation par négligence ou indifférence pourrait tomber sous le coup de l'article 378 du code pénal.

Par surcroît, un article (n° 81) du règlement intérieur modèle 1938 du ministère de la santé publique déclare : « Des bulletins de santé constatant l'état physique et mental des malades sont rédigés par les médecins-chefs de service et transmis par eux aux familles chaque fois que celles-ci le demandent. »

L'exigence de la remise ouverte de ces bulletins à la direction constitue donc, déjà, à nos yeux du moins, une faute administrative.

Une telle exigence est d'ailleurs antidémocratique, car certaines familles, prouvant par ce fait le désagrément qu'elles y trouvent, remettent des timbres au service médical pour éviter que la correspondance du médecin-chef ne soit soumise à l'inacceptable visa de la direction, et pour obtenir, si possible, des renseignements moins laconiques.

Nous devons dire qu'en ce qui nous concerne nous avons gagné la partie solitairement mais efficacement quand, entouré de l'incompréhension ou de l'inertie presque générale, nous avons décidé de faire connaître par lettre aux familles les raisons de notre réticence à leur écrire plus explicitement.

Sans doute, notre courrier fut-il intercepté et censuré, mais à la sixième lettre du genre, nous avons démontré notre droit à l'indépendance en matière de correspondance.

Depuis quelques jours, en effet, nous pouvons enfin correspondre librement avec l'extérieur.

Un simple bordereau justifiant de l'envoi des timbres est remis au vaguemestre pour la comptabilité des vignettes.

S'il est vrai que peu de choses ne s'obtiennent sans lutte, nous avons du moins prouvé que l'action est parfois seule efficace.

Nous tenons à faire connaître la recette à nos élèves et à nos amis, car il est possible que quelques hôpitaux usent encore de prétentions médicalement inadmissibles et administrativement désuètes puisqu'il n'y a presque plus de service de psychiatrie digne de ce nom sans secrétariat médical.

Toutefois, on peut s'attendre à tout puisque *la pratique* que nous avons combattue a pu être soutenue avec opiniâtreté par des dignitaires de la corporation des directeurs des hôpitaux psychiatriques.

2° *Correspondance administrative*

et correspondance de nature personnelle à des supérieurs administratifs

Au départ du cabinet médical, se pose également le problème de la correspondance administrative ou personnelle avec les supérieurs du médecin-chef.

A notre avis, sous sa responsabilité, il nous semble que le médecin-chef doit être libre et n'a ni ordres, ni observations à recevoir du directeur. Rappelons, en outre, qu'il n'a aucun supérieur en matière médicale.

Toutefois, il nous semble recommandable que toute correspondance administrative touchant la marche de l'hôpital soit transmise ouverte par le directeur puisqu'elle ne peut manquer de lui revenir pour avis.

Par contre, toute lettre de nature personnelle ou médicale doit pouvoir, sans justification, être adressée directement au directeur à la santé (notes signalétiques par exemple, dans lesquelles des questions nettement personnelles sont posées) et au préfet comme à toutes autres autorités d'ailleurs. (Par exemple, réponse à une demande de nature personnelle quant à une activité privée extra-hospitalière).

Il est à la rigueur acceptable que la circulaire passe, par commodité, par le directeur, mais la réponse doit pouvoir être transmise, soit directement, soit sous pli fermé.

C'est ainsi que nous nous sommes vu refuser la transmission de nos notes signalétiques parce que closes. Nous y avons ainsi gagné la liberté de la transmission directe.

Le sort ultérieur de notre correspondance ne nous appartient plus.

3° *De la mention des diagnostics par les médecins traitants sur les certificats médicaux accordant un congé de maladie au personnel*

Dans mon établissement, les certificats médicaux soumis à mon visa, en qualité de chef de service, portent souvent le diagnostic médical pour satisfaire, m'a-t-il été affirmé, à une exigence de la direction ou de l'administration.

J'estime personnellement, bien que médecin moi-même, n'avoir pas à connaître la cause médicale de l'absence, mais seulement la durée de l'absence prévue des agents du personnel placé sous mes ordres.

Telles sont les instructions du code de déontologie.

Je tiens à préciser qu'une telle exigence n'est pas de mon fait, vis-à-vis du personnel comme vis-à-vis du corps médical.

Je pense personnellement que de tels certificats pourraient être

adressés sous pli fermé à M. le médecin-chef de la préfecture de la Seine, un bordereau indiquant seulement aux chefs de service et au directeur le seul point qu'ils ont à connaître, c'est-à-dire la durée probable du congé.

Un imprimé analogue aux bulletins de décès pourrait être institué. Le volet libre serait conservé par le directeur et porterait l'évaluation par le médecin traitant de la durée du congé, la partie carte-lettre repliable et facile à clôre par le médecin, mentionnerait le diagnostic destiné au médecin du personnel de la préfecture, qui pourrait être considéré comme un confident nécessaire puisqu'il a droit au contrôle médical afin d'éviter un excès de frais et de déplacements de chacune des parties.

Mais il convient naturellement d'obtenir par une loi, comme en a récemment exprimé le désir le président du Conseil national de l'Ordre des médecins à propos de la sécurité sociale, que soient assurés : le secret professionnel absolu des médecins-chefs et médecins-contrôleurs vis-à-vis de leur administration ; l'inviolabilité des dossiers médicaux et de la correspondance médicale (1).

Conclusions. — Nous avons présenté cette communication dans le double espoir d'être utile aux uns et à la cause de la médecine et de recueillir l'opinion des autres.

Nous pensons avoir montré que nous ne sommes nullement un médecin intransigeant, comme on a dû le faire accroire, et comme c'est le droit de chacun, actuellement d'ailleurs, sur la question du secret médical, puisque nous avons admis l'ingénieuse thèse du confident nécessaire et du secret partagé.

Mais un certain nombre de règles, voire d'une loi, devront être établies si le bon sens et la bonne volonté ne suffisent pas.

Un directeur administratif n'est pas, n'a jamais été et ne sera jamais un confident nécessaire. Les secrets à partager doivent donc être réduits au maximum.

On peut regretter que l'administration française s'affaiblisse progressivement au point que même des textes réglementaires ou légaux peuvent être méprisés aussi longtemps et susciter des conflits qui ne devraient pas se produire.

Cela semble peut-être poser également l'urgence de la réalisation de l'un de ces objectifs de la révolution psychiatrique déjà mentionnés, en l'occurrence le septième ainsi libellé : « *Institution immédiate d'un concours de directeurs des hôpitaux psychiatriques* ».

Quoi qu'il en soit, la publication de notre expérience et de notre opinion pourra peut-être, comme nous l'avons vu parfois faire de nombre de nos idées ou de nos efforts, se trouver l'objet de l'attention des commissions qui ne représentent pas toujours toutes les tendances, en vue de la nouvelle réglementation à l'étude au ministère.

(1) Voir supplément à la *Presse médicale* du 13 mars 1954.

Les prérogations du chef de service ne devront plus être perdues de vue. Il est prouvé que tout le monde n'a pas toujours tout le sang-froid et toute la compréhension nécessaires pour lire des lettres adressées à des médecins qui ne lui sont pas destinées.

DISCUSSION

M. X. ABÉLY. — La communication de M. Leconte est particulièrement opportune au moment où le secret du diagnostic envers les caisses de sécurité sociale et les administrations en général est à l'ordre du jour. Elle exigerait de longs commentaires. Je voudrais seulement souligner un principe commun trop fréquemment méconnu. On entend souvent soutenir en effet que les administrations soumettent elles-mêmes au secret professionnel ont droit par conséquent aux confidences médicales. C'est là une erreur. Le secret professionnel ne répond pas à une formule commune, uniforme. Les divers secrets sont de nature et d'étendue différentes et ne sont donc pas transmissibles entre eux. Le secret du médecin, pas plus qu'il n'est analogue au secret du prêtre ou de l'avocat, ne se confond pas avec le secret de l'administration et n'est pas interchangeable. Telle est la doctrine du conseil d'Etat : en dehors des cas formellement précisés par des textes législatifs, « le secret médical s'impose à l'égard des administrations, même si celles-ci sont tenues au secret professionnel » (arrêt du 9 novembre 1928). Je ne puis entrer dans tous les cas particuliers signalés à juste titre par M. Leconte. Je n'envisagerai sommairement que la déclaration de décès. Malgré de fréquentes sollicitations, nous n'avons pas le droit de livrer la cause des décès aux officiers de l'état civil ; ce serait violer le secret médical. La déclaration de décès doit porter simplement la mention « mort certaine, due à des causes naturelles » (sauf bien entendu mort suspecte ou violente). Mais, en vue de statistiques sanitaires, nous devons adresser directement et personnellement, sous pli fermé, au directeur départemental de la santé, le diagnostic de la cause du décès, sans aucune indication sur l'état civil du décédé (sauf le cas de mort par maladie épidémique). Cette façon de procéder a été établie par une circulaire de 1937, rappelée récemment encore par l'Ordre national des médecins, conformément à l'engagement pris par les états membres de l'Office mondial de la santé. Des feuilles officielles, en forme de diptyque, ont été établies à cet effet. Mais, dans certains départements, ces imprimés ne sont pas du tout conformes aux conditions exigées. (Le diptyque de couleur bleue est le seul valable, à condition toutefois que le numéro d'ordre du décès, correspondant à celui inscrit à l'état civil, ne soit pas reproduit sur le volet destiné au directeur de la santé ; cette critique a été faite par l'Ordre national des médecins lui-même).

*
**

Élection d'un membre correspondant national

Après lecture du rapport de M. G. DAUMÉZON, au nom d'une commission composée de MM. G. DAUMÉZON, P. LÔO et P. SCHERRER, M. Jacques BRETON est élu *membre correspondant national*, par 15 voix sur 16 votants.

La séance est levée à 19 heures.

Le secrétaire général :
Xavier ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 4 février 1954

Présidence : M. A. THÉVENARD, président

Délire centré sur un membre fantôme chez une hémiplegique gauche par lésion vasculaire, avec anosognosie, par MM. H. HÉCAEN, J. DE AJURIAGUERRA et R. ANGELERGUES.

Observation d'hémiplegie gauche avec anosognosie par lésion vasculaire, à la suite de laquelle apparut la conviction délirante durable de la présence d'un membre supérieur fantôme supplémentaire appartenant à une infirmière du service.

Formes inhabituelles de l'épilepsie : le nystagmus épileptique, par MM. H. GASTAUT et J. ROGER.

Chez deux malades, nystagmus d'apparition paroxystique aboutissant au blocage et à la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Dans l'un des cas, il y avait des hallucinations visuelles et des manifestations épileptiques périphériques. Les tracés électriques ont montré l'origine temporo-occipitale droite des crises.

Ces faits montrent que le nystagmus est l'élément liminaire de l'excitation d'une zone qui, plus intense, entraîne la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Les auteurs signalent d'autre part qu'aucune lésion corticale n'a pu être mise en évidence lors d'une intervention.

Formes inhabituelles de l'épilepsie : le spasme facial épileptique, par MM. H. GASTAUT et J. ROGER.

Les auteurs rapportent un second cas de spasme facial épileptique se traduisant à l'électro-encéphalogramme par un tracé comitial dont les paroxys-

mes ne sont pas absolument synchrones de l'hémispasme. Un traitement par la trimétadione a fait disparaître à la fois : l'hémispasme et les manifestations électro-encéphaliques.

Résultats de la leucotomie sous-corticale dorsale des pôles frontaux dans un cas de myoclonie-épilepsie avec clonies rythmées continues des membres supérieurs, par MM. J. LE BEAU, S. DAUM et J.-F. FONCIN.

Les auteurs montrent, après intervention, une malade déjà présentée à la séance du 5 novembre 1953. La section sous-corticale polaire dorsale, pratiquée le 18 novembre 1953 en raison du rôle évident des émotions dans l'aggravation de la dyskinésie continue au repos, a complètement supprimé celle-ci. Elle laisse subsister une dyskinésie volitionnelle d'attitude, ainsi que le potentiel épileptogène de la maladie, manifesté par de nouvelles crises depuis l'opération et par la réapparition de pointes-ondes sur l'électro-encéphalogramme.

Cette intervention s'inscrit dans le cadre des interventions de psycho-chirurgie, destinées à amender les dyskinésies, tentatives dirigées jusqu'à présent, surtout contre la maladie de Parkinson.

Deux cas d'hématome sous-dural bilatéral à symptomatologie motrice rare. Intervention. Guérison, par MM. Ch. RIBADEAU-DUMAS, N. PÉRON, J. GUILLAUME et P. JANY.

Dans deux cas, survenus à la suite d'un traumatisme : quadriplégie avec confusion mentale. Dans les deux cas, il s'agissait d'hématomes sous-duraux bilatéraux et l'intervention a entraîné une guérison complète.

Deux cas d'hématomes sous-duraux chroniques d'expression clinique inusitée (hémiplégie, aphasie, hémianopsie). Disparition post-opératoire des symptômes, par MM. J. SIGWALD, J. GUILLAUME, R. ROGÉ et M^{me} Y. MAZARS.

Deux observations d'hématome sous-dural chronique dont l'expression clinique a consisté en hémiplégie, en aphasie et en hémianopsie. Les auteurs insistent sur le fait que la constatation d'une aphasie ou d'une hémianopsie implique généralement le diagnostic d'une lésion parenchymateuse, alors que dans les deux observations ils admettent l'intégrité anatomique du parenchyme cérébral puisque les symptômes ont régressé après évacuation de l'hématome. Il faut recourir à l'artériographie pour reconnaître un hématome sous-dural chaque fois que des signes d'aggravation font suspecter un tel diagnostic. La grande importance de l'enjeu thérapeutique justifie l'artériographie chaque fois qu'un doute est possible.

Syndrome sensitif de type thalamique et à topographie chéiro-orale par lésion localisée du thalamus, par MM. R. GARCIN et J. LAPRESLE.

Malade qui avait présenté brusquement du côté gauche un syndrome sensitif de type thalamique et à topographie chéiro-orale. La mise en évidence d'un petit ramollissement étroitement localisé à la partie inféro-interne du

noyau postéro-ventro-latéral et à la partie tout externe du noyau postéro-ventro-médian du thalamus droit rend compte du syndrome clinique. Cette observation confirme et précise la somatotopie chez l'homme, des formations sensitives du thalamus.

La sclérose en plaques chez l'enfant. A propos d'une observation,
par MM. M. BONDUELLE, P. BOUYGUES et C. SALLOU.

Chez un enfant de 7 ans, apparition d'une sclérose en plaques en tous points parallèle à celle de l'adulte et qui évolue depuis plusieurs années. De l'étude des statistiques relatives à la sclérose en plaques de l'enfant, les auteurs concluent que, contrairement aux assertions de nombreux auteurs qui la mettent en doute, il s'agit d'une affection beaucoup plus fréquente chez l'enfant qu'on ne le pense habituellement.

A propos d'un cas de polynévrite apparu au cours d'une intoxication urémique, par MM. L. VALLADE et J. DEMAY (de Pau).

Après avoir passé en revue les opinions émises au sujet des « polynévrites urémiques » dont l'autonomie est très discutée, étant donné, en effet, leur rareté contrastant avec la fréquence de l'intoxication urémique, les auteurs communiquent l'observation d'un cas de polynévrite dont l'évolution clinique fut rigoureusement parallèle aux variations du taux de l'azotémie qui atteignit le chiffre de 2 gr. 56. Cette polynévrite guérit sans laisser de séquelle.

Dans cette observation, il est aussi fait état d'excès éthyliques antérieurs, d'où l'hypothèse que l'intoxication urémique ne puisse déterminer d'accidents polynévritiques que si une « fragilisation » nerveuse antérieure est intervenue.

Séance du 4 mars 1954

Présidence : M. A. THÉVENARD, président

Paraplégie avec démence. Dégénérescence pigmentaire pallidonigrique,
par MM. G. HEUYER et J. DE AJURIAGUERRA.

Observation d'un malade psychiquement normal jusqu'à 12 ans, qui présentait un épisode infectieux puis une très importante régression mentale. Les troubles de la marche, survenus vers l'âge de 10 ans, s'aggravèrent, aboutissant à une paraplégie. Arriération mentale. A l'examen anatomique : hydrocéphalie très importante avec gracilité de tout le système nerveux ; atrophie pallidale avec gliose et dégénérescence poussiéreuse, lésions artérielles et péri-artérielles. Le locus niger est le siège de lésions semblables qui vont en s'aggravant jusqu'à la substance réticulée. Les auteurs rapprochent ce cas de certains aspects de la maladie de Hallenworden-Spatz.

**Le mécanisme réflexe de certaines épilepsies psycho-motrices,
par MM. J. BOUDOURESQUES et H. GASTAUT.**

Trois observations d'épilepsie de type psycho-motrice déclenchées par l'absorption de liquides. Dans un cas, il s'agit d'une simple sensation olfactive ; dans un autre cas, d'une déviation de la tête ; enfin, dans un troisième cas, d'une aphasie paroxystique avec sensation de chaleur sans perturbation de la conscience. Des crises apparaissent d'ailleurs en dehors de l'absorption des liquides. Un déclenchement réflexe des crises par irritation du pneumogastrique en explique peut-être le mécanisme.

A propos d'une aphémie par atteinte de la zone motrice supplémentaire de Penfield, ou de l'évolution d'un anévrisme artério-veineux. Guérison de l'aphémie par ablation de la lésion, par MM. D. PETIT-DUTAILLIS, G. GUIOT, R. MESSIMY et Ch. BOURDILLON.

Observation qui souligne l'importance de la zone très limitée située sur le pied de F¹, surtout à sa face interne. Les auteurs commencent par rap-peler qu'en stimulant cette zone, Penfield a provoqué, chez l'homme, un ensemble de réponses consistant en phénomènes de vocalisation ou d'arrêt de langage, inhibition de l'activité volontaire, synergies posturales, modifications du système autonome consistant le plus souvent en mydriase.

Dans ce cas, il s'agit d'un homme de 28 ans qui, après un effort, présenta une hémiplegie à prédominance crurale avec aphémie, sans aucun trouble de la série aphasique, avec mydriase. Depuis sept ans, existaient des crises épileptiques généralisées et, depuis un an, des crises brachiales droites avec arrêt du langage ou vocalisation. L'artériographie permit de découvrir un anévrisme artério-veineux sur la branche callosomarginale de l'artère cérébrale antérieure gauche. Cure chirurgicale radicale de l'anévrisme qui siégeait sur la zone de Penfield. Dès le lendemain, l'aphémie ne se produisit plus que seulement par accès, l'hémiplegie a régressé rapidement.

**Effets de l'énervation sinu-carotidienne sur la myasthénie bulbo-spinale.
Essai d'interprétation, par M. A. THÉVENARD.**

L'auteur, ayant fait opérer quinze cas depuis dix ans, a obtenu dix bons résultats. L'amélioration qui succède à l'intervention se développe toujours très lentement ; après plusieurs jours de latence, on peut diminuer la dose quotidienne de prostigmine. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que le médicament peut être entièrement suspendu. L'auteur propose d'expliquer l'action favorable de l'intervention par la loi de Cannon, qui stipule que la dénervation produit sur les centres moteurs une sensibilisation aux agents chimiques.

Troubles paralytiques de la statique laryngée et atrophie de la moitié inférieure de la face, séquelles particulières d'une poliomyélite cervicale, par MM. Th. ALAJOUANINE et J. NEHIL.

Poliomyélite antérieure aiguë cervicale ayant laissé comme séquelles une atrophie de la moitié inférieure de la face et une paralysie des muscles du

cou avec ascension du larynx, réalisant un aspect en col de cygne que les auteurs rapprochent d'un trouble analogue déjà décrit dans les poliomyélites suffocantes. De telles séquelles doivent leur rareté à l'évolution souvent fatale des poliomyélites cervicales.

Etude de la réaction d'éveil provoquée par l'infiltration péricarotidienne de novocaïne, par MM. P. PASSOUANT et J. MINVIELLE.

Chez le sujet normal, on obtient un bas voltage. Chez les sujets présentant un état comateux, avec troubles de la conscience, par encéphalite, méningite ou tumeur, en même temps que survient le bas voltage, il est fréquent d'obtenir un réveil de la fréquence. Chez les épileptiques, le nombre des absences est diminué, les crises de grand mal peuvent apparaître après l'infiltration. Dans quelques cas, l'état de mal a pu être stoppé. Il s'agit surtout d'une étude d'intérêt physio-pathologique, car l'action thérapeutique est trop inconstante pour en tirer des conclusions pratiques.

**Groupement français d'études
de neuro-psycho-pathologie infantile**

Séance du lundi 15 mars 1954

Présidence : M. A. TOURNAY, président

COMMUNICATIONS

**Audimutité chez 2 jumelles identiques,
par M^{me} Clément LAUNAY et M. P. DESRIAC.**

Il s'agit de l'observation de deux jumelles identiques, qui se développèrent de façon analogue jusqu'à 3 ans tout à fait normalement en dehors du langage : après une phase normale de vocalisation, aucun mot ni aucune phrase n'apparurent. Par la suite, l'une des jumelles, Sonia, prit un peu d'avance sur l'autre, Danièle. Elle forme l'élément dominant du couple. Les deux jumelles furent examinées pour la première fois en novembre 1951. Le langage de Sonia comprenait quinze mots avec un parler bébé, sans phrases. Elle était capable de répéter le langage mais en le modifiant et en parlant comme un petit enfant; la compréhension du langage était excellente. Le niveau mental (test de Borel-Maisonny) donnait un niveau de 4 ans 6 mois pour 5 ans

3 mois d'âge réel. Audition parfaite d'après les examens cliniques et audiométriques. Les tests moteurs étaient normaux. La rééducation donna chez Sonia des progrès rapides et, en octobre 1953, elle put être placée dans un cours préparatoire, puis dans une classe de perfectionnement.

Chez l'autre jumelle, Danièle, le langage est absolument nul et le langage émis se borne à quelques sons gutturaux et incompréhensibles. La parole répétée est nulle, Danièle ne comprend absolument pas le langage. Il n'y a apparemment aucune surdité. Le niveau mental au test de Borel est de 4 ans pour un âge réel de 5 ans 3 mois. Chez Danièle, il a été impossible de préciser par des examens para-cliniques si l'audition est troublée. En particulier, les réponses du réflexe psycho-galvanique sont tout à fait variables. En tout cas, les troubles de l'audition ne peuvent à eux seuls expliquer la perte totale du langage. Danièle a été soumise à une observation à l'hôpital pour étudier les effets de la séparation. Son autonomie par rapport à sa jumelle semble avoir permis des progrès très rapides dans son langage.

Les auteurs insistent surtout sur l'observation de Danièle, pour laquelle ils pensent que la situation de jumelle dominée dans le couple explique au moins en partie la gravité de ses troubles du langage.

DISCUSSION

M. M. BRISSOT. — rappelle les observations de deux jumelles suivies depuis quarante ans. L'une d'entre elles eut un langage beaucoup plus tardif et, à l'heure actuelle encore, elle ne parle pas spontanément, se contentant de répéter ce que dit sa sœur.

L'écartement des incisives médianes et le problème de la latéralisation, par M. Jean DUBLINEAU.

L'auteur présente une étude comparative du signe de Gaucher (écartement des incisives médianes supérieures ou inférieures) et des phénomènes de latéralisation anatomique et fonctionnelle observés :

- 1° dans un internat de filles réservé à des cas sociaux (105 cas) ;
- 2° dans un collège moderne de garçons (735 cas) ;
- 3° dans une consultation de neuro-psychiatrie infantile.

Les troubles de la latéralisation semblent assez nettement coïncider avec un signe de Gaucher. L'auteur présente des références statistiques.

*
**

Une *journée nationale de psychiatrie infantile* aura lieu à Montpellier, sous les auspices du professeur LAFON, les 27 et 28 mai 1954, sur le thème suivant : « *Encéphalopathies atrophiantes* ».

S. LEBOVICI.

Société de médecine légale de France

Séance du lundi 12 octobre 1953

Présidence : M. M. MULLER, président.

Intoxication mortelle par le parathion. (triophosphate de diéthyl et paranitrophényl), par M. Kohn ABREST.

Ce produit, employé surtout comme insecticide, est un poison électif du système nerveux, agissant comme l'ésérine ; l'atropine en est l'antidote. Il s'agit d'un cas d'ingestion accidentelle, d'une dose relativement peu élevée ; une sensibilité particulière semble donc avoir largement favorisé l'évolution fatale. Evolution suraiguë en trois heures, malgré le traitement par l'atropine ; le coma a été précédé de salivation, d'étouffement, de congestion de la face. A l'examen anatomique, on découvre une congestion généralisée des viscères, sans congestion importante des méninges. De faibles traces d'un produit à réaction de parathion sont mises en évidence ; la recherche toxicologique est difficile et incertaine.

Emotion et infarctus du myocarde, par MM. L. DÉROBERT et J. VACHER.

L'équation infarctus du myocarde = thrombose coronarienne est impossible à maintenir. Dans un tiers des cas, les infarctus sont indépendants de toute thrombose. Un homme de 45 ans, conducteur d'autobus, paraissait en parfaite santé, et d'ailleurs rien n'avait été décelé lors d'une visite médicale périodique antérieure et récente. Il meurt subitement, après avoir éteint un incendie survenu dans le moteur. L'examen anatomique rencontre la rupture d'un infarctus du ventricule gauche et un hémopéricarde. Il s'agit d'une forme classique, suraiguë, mortelle, mais le rôle de l'émotion est indiscutable. La conséquence dans le cas présent est qu'il s'agit bien d'un accident du travail.

B. A. L. et médecine légale, par M. P. MOUREAU (de Liège).

Ce produit (2-3-dimercaptopropanol appelé British Anti-Lewisite) fut découvert par Peters, au cours de recherches ayant pour but la lutte contre la lewisite, vésicant arsenical chloré. Son emploi dans les intoxications expérimentales a donné des succès, de même en clinique, malgré les réserves de certains auteurs. Son intérêt peut donc être thérapeutique dans certaines intoxications, mais il pourrait aussi permettre de préciser la nature d'une intoxication. Un cas de néphrite aiguë au sublimé par empoi-

sonnement criminel avait évolué vers la guérison ; deux mois et demi après, des injections de B.A.L. permirent de déceler le mercure en favorisant son élimination. Inversement, l'emploi du B.A.L. peut empêcher de prouver la nature d'une intoxication mortelle, ou tout au moins, rendre l'expertise difficile lorsqu'il a été employé pour essayer de traiter la victime.

**Un cas d'intoxication par le dichloréthane, par MM. A. HADENGUE
et R. MARTIN.**

Ce solvant, très répandu, ne provoque guère que des intoxications bénignes et passagères, sauf en cas d'ingestion accidentelle, exceptionnelle et mortelle. L'observation concerne cependant une intoxication mortelle par exposition aux vapeurs pendant quelques minutes seulement ; évolution semblant favorisée par des tares antérieures. Malgré des lésions importantes de dégénérescence graisseuse du foie et de néphrite aiguë épithéliale, la mort est due à l'œdème pulmonaire. D'autres cas d'intoxication grave dans les mêmes conditions sont retrouvés, bien que rarissimes.

M. BACHET.

Séance du lundi 9 novembre 1953.

Présidence : M. M. MULLER, président

**L'apport de l'électro-encéphalographie à l'expertise mentale
de l'adulte, par MM. J. PLANQUES et Ch. GRÈZES-RUEFF.**

Les auteurs, après avoir rappelé que l'expertise mentale a pour but de déterminer la composante pathologique dans le déterminisme d'une conduite, rappellent les points principaux déjà acquis. Chez les personnes normales le tracé, dans la grande majorité des cas, ne présente pas d'éléments reconnus anormaux. Ces éléments anormaux se raréfient encore parmi des populations sélectionnées par leurs capacités psychologiques et psychomotrices, elles se multiplient au sein des populations ayant donné des preuves de désadaptation. A propos de l'électro-encéphalographie des délinquants, les auteurs, après avoir rappelé les recherches de MM. J. Delay et Verdeaux à Fresnes, rapportent les résultats de leur expérience, basée sur 34 cas expertisés. A propos de sept cas d'arriération mentale, ils font des réserves sur la notion d'immaturation des tracés. Leurs conclusions sont les suivantes : 1° si l'électro-encéphalogramme montre un tracé normal, on se trouve replacé devant les conditions de l'expertise psychiatrique antérieure à son usage ; 2° si l'électro-encéphalogramme montre des anomalies (très généralement excès de rythme thêta, et altérations paroxystiques) :

a) ou bien il s'agit d'un malade mental reconnu et une précision de plus confirme qu'il y a une anomalie de fonctionnement de son cerveau ;

cette anomalie n'est pas forcément à la base du trouble mental qu'on lui reconnaît, elle a plutôt la valeur d'un contexte neurologique surajouté ; la constatation de l'épilepsie électrique est la plus sûre et la plus significative de ces anomalies ;

b) ou bien il s'agit d'un individu apparemment normal. Cet individu cumule donc une anomalie d'adaptation dont un récent passé (sa délinquance) est la preuve objective que le fonctionnement de son cerveau est imparfait. Pour si peu assuré que l'on soit que la seconde anomalie conditionne la première, il semble difficile de la négliger dans l'appréciation de sa normalité, donc de sa responsabilité.

Délit de mœurs chez un obèse gynoïde,
par MM. L. GAYRAL et R. DAUTY.

Un adolescent de 18 ans, impliqué dans une affaire d'homosexualité, perversion à laquelle il se livrait depuis deux ans, présente une obésité considérable, dépôts adipeux, un aspect gynoïde des glandes mammaires, anormalement développées ; le développement génital est normal, ainsi que l'activité intellectuelle. Pas de lésion décelable au niveau de l'étage antérieur et du système diencephalo-hypophysaire. Le traitement a consisté en : extrait thyroïdien, régime, pneumo-encéphalographie, radiothérapie de la région diencephalo-hypophysaire, administration d'un anti-hypophysaire H 365. Disparition de l'obésité, amélioration générale ; retour à la normale d'une diurèse élevée, chute du taux des 17-cétostéroïdes, disparition des tendances homosexuelles. Etude des facteurs psychologiques, le système endocrinien semblant s'être comporté comme un potentialisateur des tendances psychiques inconscientes.

Mort subite d'une jeune femme porteuse d'une hydrocéphalie chronique et d'un pléochromocytome latent, par MM. M. RISER, J. PLANQUES et J. RUFFIÉ.

Décès en deux heures d'une femme de 40 ans par œdème pulmonaire suraigu. La cause de cet accident n'est qu'imparfaitement élucidée à l'examen anatomique. On découvre une hydrocéphalie interne, séquelle vraisemblable d'une méningite cérébro-spinale traitée trente-cinq ans auparavant par le sérum intra-rachidien ; d'autre part, un volumineux paragangliome surrénal droit ; il paraît logique d'en faire la cause principale, sinon exclusive, de l'œdème aigu du poulmon.

M. BACHET.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

L'enfant et les relations familiales, par le docteur Maurice POROT. (1 vol. 248 pages, in Collection « Paideia ». Presses universitaires de France, Paris 1954).

Pour étudier le rôle des relations familiales dans la formation de l'enfant et les éventuelles conséquences psychopathologiques de ces relations, M. Maurice Porot envisage successivement, dans une excellente mise au point, l'aspect du foyer familial, le rôle de la mère, le rôle du père, le rôle des grands-parents et des beaux-parents, l'action des frères et des sœurs, et termine ce tour d'examen par l'exposé des techniques d'exploration des relations familiales.

C'est au foyer familial, dont l'enfant est le lien le plus puissant et qui se constitue en fonction et autour de l'enfant, que l'enfant doit pouvoir trouver le sentiment de sécurité dont il a besoin et dont les éléments essentiels sont l'amour, l'acceptation, la stabilité (Preston). C'est l'union des parents qui lui enseignera la solidarité. Mais cette union peut manquer. L'auteur indique les causes (facteurs socio-familiaux, facteurs psychologiques) et les aspects (foyers inexistants, foyers instables, foyers détruits) de la dissocation familiale. L'affection des parents pour l'enfant, l'influence même de l'enfant sur les parents pourront souvent permettre de trouver des solutions à des problèmes en apparence insurmontables, d'aplanir des hostilités, de rétablir la stabilité familiale nécessaire au développement harmonieux et sans heurts de l'enfant.

Quant au rôle de la mère, qui est capital, ce rôle c'est l'amour maternel, lequel ne doit pas exclure un certain degré d'autorité. Lui aussi dépend en partie de l'équilibre d'un foyer normal, affectueux. L'enfant en recevra déjà l'influence bienfaisante en même temps que le lait maternel ; c'est près de sa mère que le nourrisson trouvera la sécurité dont il a besoin. D'où l'importance des carences affectives d'origine maternelle, qu'elles soient dues à l'absence ou à l'indifférence de la mère. M. Maurice Porot en expose les modalités et les conséquences précoces ou tardives. Encore que les statistiques de ces conséquences qui ont été publiées ne doivent être acceptées qu'avec quelque réserve ; elles négligent trop souvent, en effet, l'influence d'autres facteurs, de l'hérédité en particulier et des dispositions individuelles. Réserves

qui ne sauraient masquer l'importance de l'influence nocive des carences affectives durables d'origine maternelle. Cette importance, pour l'enfant, de l'amour maternel ne se manifeste d'ailleurs pas uniquement par la carence de cet amour, mais aussi par son exagération. L'auteur consacre un chapitre à l'amour maternel abusif, à ses caractères, aux différents types de mères abusives, aux conséquences pour l'enfant de cet amour maternel abusif, capotatif, exigeant, inconscient (sentiment de culpabilité du jeune enfant, arriération affective, infantilisme affectif de l'adulte, états neuro-psychopathiques). D'autres chapitres sont ensuite consacrés à des cas particuliers (mères solitaires, mères adoptives, marâtres), ainsi qu'à ces haines maternelles résultant parfois de carences affectives infantiles durables.

Le rôle direct du père varie en importance avec l'âge de l'enfant, c'est avant tout un rôle d'autorité modérée et juste. Soutien de la mère, le père, dont les interventions doivent être nettes, brèves, fermes, immédiates, mesurées, a un rôle délicat, associant la réserve à l'autorité. Objet d'identification, il a besoin de se surveiller pour conserver son prestige, et pour servir d'exemple tout en restant naturel, sans affectation. M. Maurice Porot montre les erreurs et les conséquences de la méconnaissance du rôle paternel, la nocivité des excès paternels, des exagérations et des insuffisances d'autorité paternelle (absence paternelle de causes diverses). Comme pour la mère, des cas particuliers peuvent se présenter, père adoptif, père seul, parâtre, auxquels l'auteur consacre un chapitre spécial.

Mais les parents deviendront un jour des beaux-parents, puis des grands-parents, et auront à leur tour dans la famille un rôle original : aide et soutien au jeune foyer, aide directe à l'enfant, rôle d'identification facilitant l'évolution affective de l'enfant. Et ce rôle, lui-même, en apparence facile, a aussi ses écueils et ses déviations. Chaque fois que les circonstances ne la rendent pas inévitable, la cohabitation des grands-parents avec le ménage de leurs enfants est à déconseiller formellement. Les inconvénients en sont multiples et bien connus que M. Maurice Porot rappelle brièvement.

Dans la famille, le rôle des frères et des sœurs n'est pas moins important. Leur action contribue à préparer la socialisation de l'enfant sous l'influence, en particulier, d'une rivalité fraternelle, normale, tempérée par le climat familial. Rivalité dont le but principal, mais non exclusif, est sans doute la compétition pour l'amour maternel. Jalousie douloureuse et fréquente qui demande à être bien comprise. M. Maurice Porot étudie les réactions des enfants selon leur rang dans la famille (aînés, cadets, enfants de rang intermédiaire, benjamins), selon leur sexe (rapports entre frères et sœurs), le comportement des jumeaux, des enfants uniques, des orphelins, des abandonnés. Mais là encore interviennent des facteurs personnels, tels la sensibilité de l'enfant, son caractère inné ; et des facteurs sociaux (présence ou non de grands-parents, valeur des tuteurs, entourage, milieu éducatif, etc.) qui auraient pu légitimement être développés. En dépit de quelques apparences résultant de la carence parentale plus ou moins brusque, plus ou moins précoce, on ne saurait assimiler l'état affectif de l'orphelin à celui de l'abandonné. Ce sont là deux situations très différentes. Un orphelin peut trouver autour de lui et trouve souvent des compensations affectives qui, sans remplacer ce qui lui manque en atténuent les conséquences. Tout autres sont les réactions légitimes d'un abandonné, tout autres sont les conséquences de l'abandon.

La sixième et dernière partie du livre indique au lecteur comment il est possible d'explorer efficacement les relations familiales. Malgré les obstacles, un observateur averti et perspicace saura tirer des méthodes directes (observation des faits, interrogatoire de l'enfant et de son entourage) plus d'éléments valables que n'a peut-être tendance à l'accorder l'auteur de ce livre, s'il ne se fie pas tant aux réponses obtenues qu'à l'attitude générale lors de l'examen et aux recoupements, à la comparaison des réponses des diverses personnes interrogées. Des mensonges même il saura tirer parti. Quant aux méthodes indirectes, l'utilisation chez l'enfant de la psychanalyse en général et de l'analyse des rêves en particulier semblent demander plus de réserves que n'en indique l'auteur. Mais il accorde fort justement plus de valeur aux techniques projectives spécialement adaptées à l'enfant, qu'il s'agisse des techniques visuelles utilisant les images, le cinéma, des techniques verbales (histoires sur thème fourni, histoires à compléter, fables), des techniques ludiques (jeux, modelage, psychodrame) et des techniques graphiques, celles en particulier, très intéressantes, du dessin, du dessin de la famille, tel que le pratiquait Mme Fr. Minkowska et dont M. Maurice Porot donne en terminant deux exemples très démonstratifs.

Un abondant index bibliographique ajoute encore à l'intérêt de ce livre, très clair, très documenté statistiquement et cliniquement, et que liront avec fruit, non seulement tous ceux, médecins, psychologues, pédagogues, etc., qui ont à s'occuper de l'enfance et de son devenir, mais aussi tant de parents qui n'ont de l'importance de leur rôle familial et social, de leurs responsabilités, qu'une vision fort insuffisante et vague. A condition toutefois que la lecture de ces pages ne les laisse pas découragés devant l'ampleur et les difficultés de la tâche à accomplir. « Aux qualités exigées des parents, écrit l'auteur, combien d'entre nous sont dignes de l'être ? Bien peu sans doute. » (page 49). N'exagérons rien, le meilleur artisan est tributaire de la matière qu'il a pour tâche de façonner. Dans des familles nombreuses, où tous les enfants sont entourés et élevés de la même façon, les résultats sont souvent fort différents. Et, l'hérédité commune de l'enfant et de l'un de ses procréateurs n'est-elle pas trop souvent la cause de heurts que les meilleurs conseils ne permettent pas toujours d'éviter ?

RENÉ CHARPENTIER.

Psychopathologie de la puberté et de l'adolescence, par Julien ROUART. (1 vol., 140 pages, in Collection « Paideia », Presses universitaires de France, Paris 1954).

Si les principaux âges de l'existence, enfance, adolescence, âge adulte, ménopause, vieillesse, ont pour l'organisme leurs nécessités propres, leurs dangers particuliers, qui comportent par conséquent des risques pathologiques spéciaux mais aussi des aspects différents des mêmes états pathologiques, cela est surtout vrai pour le début et pour le déclin de la vie, pour les âges où se manifestent avec le plus d'activité et de puissance les forces d'évolution et de croissance, ou les progrès de l'involution. D'où la naissance et la légitimité d'études particulières consacrées à la neuro-psychiatrie de l'enfance, de même que la prolongation de la durée de la vie a récemment donné naissance à la gériatrie.

Le caractère particulièrement instable, variable et critique du passage de

l'enfance à l'adolescence, du passage aussi de l'adolescence à l'âge adulte, l'association de l'adolescence à la puberté ou, si l'on préfère, la concomitance de l'adolescence et de la puberté, rendent aussi délicate qu'importante l'étude des caractères de cette période critique et de sa psychopathologie. M. Julien Rouart rappelle la diversité de manifestations qui préoccupent à juste titre psychologues et éducateurs, diversité qu'il rattache aux caractéristiques existentielles de l'adolescence. De même que l'adolescent n'est pas « un homme fait », les troubles qu'il présente ne sont que des possibilités évolutives et non des maladies « faites ». Période de crise, l'adolescence ne présente pas, comme parfois l'âge adulte, une séparation marquée entre le normal et le pathologique. Il est cependant à l'adolescence des aspects pathologiques qui, par leur fréquence, leur structure, leur évolution, méritent une étude particulière. Tels sont les troubles du comportement et la délinquance, la névrose, le problème de la schizophrénie et des psychoses. Sans constituer des catégories absolument distinctes (certains comportements délinquants pouvant être entachés de traits névrotiques ou être en rapport avec une personnalité psychotique), ces manifestations, correspondant aux trois instances freudiennes de la personnalité (Ego, Super-Ego, Id) ont été choisies par l'auteur comme exemple des perspectives cliniques de l'adolescence.

M. Julien Rouart examine ensuite les connaissances qui peuvent contribuer à éclairer la pathogénie des troubles de l'adolescence. Il rappelle les caractères de la crise d'originalité juvénile, décrits par Maurice Debesse. Tout en insistant sur leur incidence variable dans chaque cas particulier, il envisage successivement l'action des modifications corporelles et leur intégration souvent assez difficile, l'influence du développement psychosexuel à la lumière, en particulier des conceptions psychanalytiques, les conditions de l'intégration sociale, le rôle de la famille et la reviviscence des conflits infantiles parentaux à l'occasion de la puberté des enfants, d'où peut résulter une attitude des parents assez néfaste au développement de l'adolescent, le rôle aussi de la dissociation familiale. « L'adolescence se présente comme une phase de « devoir être », de nécessité et de désir d'entrer dans un nouveau mode d'existence coïncidant avec une difficulté particulière de le réaliser. » Phase d'indétermination et de virtualité d'engagement dans un mode nouveau d'existence, d'où la difficulté de caractériser ce qui y est absolument normal ou rigoureusement pathologique. Aussi convient-il, conclut l'auteur, de rattacher aux mêmes causes d'indétermination la psychologie de l'adolescent et sa psychopathologie, de même que l'imprécision des limites entre elles.

A des troubles aussi disparates, d'étiologie diverse et de pathogénie complexe, s'imposeront des actions thérapeutiques multiples. Le rôle capital reviendra à la psychothérapie, ce mot étant entendu dans le sens le plus large, qu'il s'agisse de psychothérapie individuelle (psychanalyse dont M. J. Rouart résume, concernant les adolescents, les indications, les buts, les techniques spéciales et les écueils; psychothérapies diverses surtout éducatives) ou des diverses psychothérapies de groupe, d'acquisition plus récente et qui, chez les enfants et chez les adolescents, sont de techniques plus souples, et plus variées, de résultats plus sûrs et plus rapides. Non moins importants, on le conçoit, sont les contacts des thérapeutes avec les parents. Aux efforts, de rééducation, dont les procédés varieront avec le degré d'évolution et les

possibilités d'investissements affectifs des sujets, et dont les méthodes sont encore à l'étude, pourront contribuer le placement familial, l'internat quand il s'impose, la liberté surveillée de certains délinquants. D'où l'importance du rôle du juge des enfants et adolescents et de la contribution du service social. Sans négliger l'utilisation des thérapeutiques diverses, médicales, endocriniennes, et dans certains cas, le recours à des thérapeutiques de choc. Plus rarement encore, il a été fait appel à la psychochirurgie.

Une abondante bibliographie termine cet intéressant exposé critique, clinique, pathogénique, thérapeutique, de tendance psychanalytique, de l'une des questions les plus importantes qui puissent se poser, puisqu'il s'agit de la jeunesse, des dangers qui peuvent entraver sa formation.

René CHARPENTIER.

La psychiatrie contemporaine. Principes, méthodes, applications, par le docteur Louis GAYRAL, médecin des hôpitaux psychiatriques, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse. *Préface* du docteur Eugène MINKOWSKI. (1 vol. 128 pages, Privat édit., Toulouse, 1954).

Dans une collection d'ouvrages de synthèse, pratiques et concis, destinés à faire le point de questions essentielles d'intérêt médico-social et psychopédagogique, à l'usage de tous ceux qui, à des titres divers, collaborent à l'action sociale, hospitalière et pédagogique, il était tout indiqué qu'un volume fût consacré à montrer ce qu'est actuellement la psychiatrie, quels sont ses principes et ses méthodes et comment s'étend progressivement le champ de ses applications. Livre utile, tant à ceux qui croient que le bon sens, assurément nécessaire, est suffisant pour trancher les différents problèmes humains et sociaux posés par les altérations du psychisme, qu'à ceux qui pourraient être tentés de demander à une science en formation plus qu'elle ne peut donner. Combien d'incompétents n'hésitent pas à proposer des solutions à des problèmes qui préoccupent et divisent les psychiatres expérimentés. Comme le note, dans une intéressante préface, M. Eugène Minkowski, la nécessité d'informations exactes et compétentes résulte de ce que le public croit savoir trop de choses qu'il connaît mal.

Après avoir rapidement esquissé l'histoire de la psychiatrie et les étapes de son évolution, M. Louis Gayral montre quelle est son étendue, quels sont ses rapports avec la médecine générale, la médecine sociale, la psychologie, la neuro-physiologie. Il décrit brièvement les principaux syndromes psychiatriques et les psychonévroses et passe en revue les causes des troubles psychiques en insistant sur le caractère personnel et l'aspect social des maladies mentales. Causes médicales générales ou médico-chirurgicales, troubles endocriniens, traumatismes céphaliques, encéphalopathies infantiles, influence de l'émotion et psychogénèse, rôle de la constitution et du caractère, d'importance variable selon les cas, convergent souvent et s'associent en proportion plus ou moins grande pour déterminer « une réaction globale à une agression globalement éprouvée ». La première partie de l'ouvrage se termine par l'exposé de quelques problèmes actuels : médecine psycho-somatique, psychiatrie sociale, aliénation et ségrégation, réadaptation des malades mentaux.

Pour exposer les méthodes de la psychiatrie, l'auteur précise tout d'abord le rôle de l'équipe médico-psycho-sociale et celui, en particulier, de l'assis-

tance sociale de psychiatrie. Si l'examen clinique conserve le rôle capital, de nouvelles méthodes d'investigation se sont imposées (phénoménologie, psychanalyse, étude de l'environnement, tests divers, examens biologiques), et sont venues le compléter. M. Louis Gayral situe l'intérêt de ces différentes méthodes pour le diagnostic. Il souligne la richesse, l'efficacité des nouvelles ressources de la thérapeutique psychiatrique : chimiothérapie, endocrinothérapie, hibernation, malariathérapie, chocthérapie, sommeil prolongé, psychochirurgie après échec de tous autres traitements, psychothérapies individuelles ou collectives, primitives ou complémentaires, etc.

Nombreuses et d'importance croissante sont les applications de la psychiatrie brièvement résumées dans la troisième partie de ce livre : rôle social du psychiatre dans l'orientation professionnelle, la sélection professionnelle, les relations interindividuelles dans les entreprises, le dépistage des anomalies psychiques et l'éducation de l'enfance ; rôle d'auxiliaire de la Justice, au civil comme au criminel, par les expertises, l'examen psychiatrique des prévenus et des condamnés. En un chapitre spécial, l'auteur insiste sur l'importance de l'action du psychiatre pour la solution des problèmes de l'enfance : délinquance, hygiène et prophylaxie, dépistage et traitement des anomalies mentales de l'enfance.

Des références pratiques concernant le placement des malades mentaux, les organisations d'hygiène mentale et de prophylaxie mentale, d'assistance extra-hospitalière, terminent ce petit livre qui ne vise pas à être un manuel de psychiatrie, mais, plus utilement, à éclairer le lecteur sur les possibilités et sur les buts de la psychiatrie contemporaine, à redresser aussi certaines idées préconçues dont les conséquences seraient néfastes puisqu'il s'adresse à des dirigeants ou à des collaborateurs de services sociaux, à des éducateurs, à tous ceux aussi qui, à quelque titre que ce soit, apportent leur concours à des œuvres d'assistance et à des services hospitaliers. Ils liront avec intérêt et avec fruit cet exposé critique, méthodique, clair et précis.

René CHARPENTIER.

PSYCHANALYSE

Analyse psychique et synthèse existentielle (Análisis psíquico y síntesis existencial), par Igor A. CARUSO (de Vienne), traduction espagnole du texte allemand par Pedro MESEGUER S. J. (1 volume, 272 pages, 18 planches en noir et en couleurs, Editorial Herder, Barcelone 1954).

Préfacé par son traducteur, Pedro Meseguer S. J., qui montre la valeur de ce livre et son utilité pour l'approfondissement des méthodes psychothérapiques, l'ouvrage reproduit le texte complet sans modifications de l'œuvre de Caruso, « Psychoanalyse und Synthese der Existenz », publiée à Vienne en 1952. Une analyse en avait été faite dans le numéro des *Annales médico-psychologiques* de novembre 1952, pages 588-589. Si le texte actuel est la traduction espagnole intégrale de l'original, il faut signaler quelques adjonctions en appendice : 1) une bibliographie, classée par ordre alphabétique des noms d'auteurs d'ouvrages récents intéressant la psychothérapie avec mention spéciale de ceux d'inspiration catholique ; 2) la traduction espagnole

du discours prononcé par le Pape Pie XII au congrès de psychothérapie et de psychologie clinique, le 13 avril 1953 ; 3) la reproduction complète des statuts du « Cercle viennois de psychologie profonde » fondé à Vienne par Igor A. Caruso et qui comprend entre autres : A. Niedermeyer et O. H. Arnold (de Vienne), H. J. Urban et E. Grünwald (d'Innsbrück), Ch. Baudoin (de Genève), N. Mailloux (de Montréal), A. Auersperg (de Concepcion, du Chili), E. von Gebattel (de Würzburg), R. Godel (de Beyrouth). La publication de la traduction espagnole contribue à la diffusion dans les pays latins de l'important ouvrage de Caruso.

V.-J. DURAND.

BIOLOGIE

La régulation nerveuse de l'hématopoïèse, par R. MURATORE. (1 brochure 217 pages. *Thèse* Marseille 1953, Imprimerie Marseillaise).

Les constatations cliniques, l'expérimentation animale, le développement des techniques d'exploration mettant en jeu l'excitation des centres végétatifs cérébraux permettent de rapprocher et de grouper toute une série de documents, parfois disparates, qui posent la question d'une régulation possible des fonctions hématopoïétiques par le système nerveux central.

L'auteur a réuni dans son travail les éléments d'ordre physiologique ou pathologique qui lui permettent d'affirmer l'existence de ce mode de régulation. Il a procédé d'abord à une étude critique des faits expérimentaux et a confronté les données qu'il a retrouvées dans la littérature avec les recherches hématologiques pratiquées par lui sur près d'une centaine de malades atteints des affections neurologiques ou psychiatriques les plus diverses. Il conclut à la réalité de l'action du diencéphale sur le contrôle de l'ensemble de l'hématopoïèse, sans qu'il y ait de centre distinct pour la série blanche ou la série rouge ; il s'agit d'un rôle de coordination de facteurs multiples et non d'une action indirecte. M. Muratore ajoute aux modalités de régulation spécifique déjà connues l'hypothèse d'une action diencéphalo-hypophysaire sur le contrôle splénique de la cytodibase et celle plus sûre d'une hormone myélotrope leucopoïétique provenant de certaines fractions hypophysaires.

Les modifications hématologiques d'origine diencéphalique peuvent être modérées au cours de conditions pathologiques ou thérapeutiques (électrochoc), ou dans certaines explorations paracliniques (encéphalographie gazeuse, ventriculographie). Plus rarement, elles réaliseront des aspects d'hémopathie véritable. Cette dernière constatation est de plus haut intérêt et soulève la question de l'origine nerveuse possible d'affections sanguines considérées comme cryptogénétiques. On saisira la valeur de ces acquisitions en ce qui concerne en particulier une pathogénie nerveuse des leucoses. Malgré la présence de points encore obscurs dans cet aspect neuro-pathologique de domaines hématologiques qui en paraissent bien éloignés, ces notions exposées ouvriraient des horizons physiopathologiques et même thérapeutiques d'une résonance insoupçonnée.

J. ALLIEZ.

MÉDECINE SOCIALE

L'adoption, ses données médicales et psycho-sociales, par le Dr Clément LAUNAY, médecin de l'Hôpital Hérold, avec la collaboration du Dr Michel SOULÉ, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris (1 vol. 14 × 21, 231 pages, *in* collection « Problèmes humains, techniques sociale, Editions sociales françaises, Paris 1954).

Si l'adoption est assurément la meilleure solution à apporter au douloureux problème des enfants sans famille, son succès est cependant lié à des conditions matérielles, affectives, psychologiques, médicales, dont dépend le bonheur de l'adopté autant que celui de l'adoptant. En particulier, deux nécessités s'imposent : créer une vraie famille, éduquer l'enfant « tel qu'il est » et non tel qu'on l'aurait souhaité. Pour cela, bien des questions se posent, bien des difficultés sont à résoudre, que l'on trouvera clairement exposées dans ce livre d'une lecture particulièrement utile en une époque où l'adoption, devenue très fréquente, n'atteindra vraiment son but qu'en créant des familles stables et équilibrées.

Après un rappel des origines très anciennes et des buts de l'adoption, de ses raisons, de ses moyens, ainsi que des causes de l'abandon des enfants, M. Clément Launay attire l'attention sur les risques de l'adoption. Ces risques sont, en effet, importants et nombreux et de nature à conseiller la prudence. Certains tiennent aux adoptants eux-mêmes, aux mobiles de l'adoption, ou proviennent des parents naturels. D'autres surtout, bien connus des psychiatres, sont ceux que peut apporter avec lui l'adopté : tares héréditaires inconnues, mauvaise santé physique, surdi-mutité, infirmités neurologiques, épilepsie, anomalies mentales, déficiences intellectuelles, troubles du caractère et du comportement, etc., difficultés aussi d'adaptation d'enfants adoptés après l'âge de 3 ans et ayant vécu antérieurement une vie cahotée ou une vie d'abandons successifs.

Les auteurs indiquent comment prévenir ces divers risques afin que la nouvelle famille, résultant de l'adoption, se constitue avec les plus grandes chances de succès. Ils discutent la valeur relative des tests à différents âges, des renseignements tirés de l'hérédité, les arguments permettant d'établir l'âge de l'enfant le plus favorable à l'adoption, les divers problèmes aussi, posés par le choix des adoptants (critères de sélection, adoption dirigée, période de probation, service social spécialisé, sociétés d'adoptants, projet d'un comité technique départemental).

Une fois l'enfant adopté, l'attitude éducative de l'adoptant, les caractères propres de l'éducation de l'adopté, la crainte obsédante de l'hérédité, la vie antérieure de l'enfant en cas d'adoption tardive, le changement de nom et même de prénom, le moment et la forme de la révélation à l'enfant de sa condition d'adopté ainsi que les réactions qu'elle peut entraîner de la part de l'adoptant et de l'adopté, comment expliquer, à l'enfant que sa mère l'a abandonné, les réactions des camarades d'école à la suite de cette révélation, toutes ces questions demandent une étude approfondie que l'on trouvera ici, éclairée par des faits très démonstratifs et souvent très émouvants.

Il faut, au point de vue légal, distinguer entre l'adoption et la légitimation adoptive qui fait entrer l'adopté dans la famille entière de l'adoptant

(grands-parents, etc.). Dans la deuxième partie du livre, on trouvera les textes des articles 343 à 370 du Code civil qui, depuis la promulgation de la loi du 4 août 1941, tendent à faciliter l'adoption. Après avoir résumé les conditions imposées aux abandonnants, aux enfants adoptés, aux adoptants, les effets, tant de l'adoption que de la légitimation adoptive (cette dernière définitive et irrévocable), les formalités à accomplir, M. Clément Launay expose les projets de réformes à apporter à la législation en cours pour favoriser au maximum le nombre des adoptions (assouplissement des conditions imposées, modification des âges légaux des adoptant et des adoptés), et discute la possibilité de l'adoption en présence d'enfants légitimes au même foyer familial.

De cet exposé, dont les indications, basées sur l'étude critique des textes et des faits, rendront le plus grand service aux médecins, si souvent consultés par les familles avant une décision particulièrement importante, les auteurs concluent que l'âge le plus favorable pour l'adoption d'un enfant est de 3 mois à 12 mois, que cet enfant doit être élevé selon ses possibilités et ses tendances et qu'il y a intérêt à ce qu'il sache le plus tôt possible que la grande place qu'il occupe dans la famille est le résultat d'une adoption.

En annexes, les indications nécessaires à l'établissement d'un dossier de demande d'adoption, des renseignements concernant la procédure, complètement cet exposé méthodique et complet, dont la place est assurément dans toute bibliothèque médicale, mais dont la clarté et la documentation rendront les plus grands services à tous ceux qui désirent connaître les joies de l'adoption tout en étant éclairés sur ses risques et conseillés sur l'attitude éducative qui doit être choisie.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHOLOGIE

L'homme « normal » vu à travers le test de Rorschach, par Marguerite LOOSLI-USTERI (Rorschachiana) Hans Huber, Berne, vol. 1, n° 1, 1952, p. 24-35).

Cent hommes « normaux » de 25 à 45 ans ont été examinés par l'auteur. La fréquence des chocs ou de leurs équivalents a été très grande. L'orientation des deux types de résonance intime [type classique de Rorschach et type secondaire composé du côté introversif des FK et des k et du côté extratensif des F(C)] a été identique chez la moitié des sujets. Comme facteurs compensant les troubles névrotiques et l'incertitude intérieure, l'auteur cite : niveau intellectuel élevé, réactivité extratensive normale, et surtout vitalité marquée par la forte prédominance des kinesthésies actives. Très peu de sujets ont réagi par des DG CF considérées par Zulliger comme signes de malhonnêteté.

V.-J. DURAND.

Influence de l'âge et du sexe sur le psychogramme de Rorschach. (*Influenza dell'età e del sesso sul psicogramma Rorschach*), par Carlo Rizzo (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, fasc. 2, mars-avril 1952, p. 345-357).

Cent sujets italiens de chaque sexe, physiquement et psychiquement normaux, formant trois groupes selon l'âge ont été soumis au Rorschach. La femme italienne semble plus productive, plus rapide avec une pensée plus précise, plus disciplinée, plus originale (chez l'adulte), une vie intérieure plus riche et, dans l'ensemble, une plus grande intelligence. L'homme, par contre, montre une plus grande faculté de critique et d'autodomination, et est beaucoup moins porté aux états névrotiques. Les différences sont d'ailleurs minimes. Quant à l'âge, chez les jeunes, dominent la promptitude et l'originalité, chez l'adulte la productivité, la précision, l'ordre, l'affectivité et l'intelligence, en général, chez les sujets âgés, enfin, le raisonnement et l'adaptabilité. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Signification psychologique profonde des tendances aperceptives dans le test de Rorschach. (*Tiefenpsychologische Bedeutung der Erfassungstendenzen im Rorschachtest*), par D. KADINSKY. (*Rorschachiana*, vol. 1, n° 1, 1952, p. 36-67).

Une tentative est d'abord faite de trouver des corrélations entre catégories perceptives et déterminations. Il y a corrélation négative entre G et facteurs d'adaptation extérieure, positive entre Dd et ces derniers, négative entre Dd et facteurs d'adaptation intérieure. La tendance G représenterait la relation avec l'archétype maternel ; la tendance Dd avec l'archétype paternel. La tendance Do est une variante de Dd. Enfin est discutée la relation entre les archétypes parentaux et les parents eux-mêmes. Trois exemples de test de Rorschach sont alors donnés et commentés. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Légitimité d'une analyse du processus perceptif fondée sur une distinction en « phases » ou « stades ». (*Legittimità di un'analisi del processo percettivo fondata su una distinzione in « fasi » o « stadi »*), par Gaetano KANIZSA (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 13^e année, fasc. 3, mai 1952, p. 292-323).

L'auteur discute d'abord de quelques critères méthodologiques se rapportant à l'adoption d'unités d'analyse convenable, à la nécessité de ne pas isoler de leur champ les phénomènes étudiés, et de ne pas négliger les déformations apportées par le procédé de recherche, aux précautions indispensables pour l'interpolation et l'extrapolation, enfin aux limites de résistance d'un processus en présence des variations expérimentales. Ensuite, est examiné, méthodologiquement, un ensemble de recherches de l'école de Gemelli sur l'analyse du processus perceptif. En conclusion, l'auteur pense que ces recherches n'ont pas entièrement répondu aux problèmes qu'elles devaient résoudre. Il s'agit d'hypothèses demandant toujours une démonstration. En appendice, réponse du professeur Gemelli aux critiques de l'auteur. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les origines de la mémoire chez l'enfant, par Ph. MALRIEU. (*Journal de psychologie*, 1953, n° 1, p. 49-61).

L'auteur se propose d'étudier la genèse de la mémoire chez l'enfant, pour montrer que la mémoire est une conduite sociale qui se constitue au cours des échanges interpersonnels.

L'enfant passe, en effet, par de nombreuses étapes avant de reconnaître le passé en tant que tel, et les études de Piaget et Wallon, notamment, montrent clairement que le cadre temporel qui sert de base à la mémoire n'est pas inné. C'est dans ses rapports avec autrui, par les récits qu'il va faire aux adultes, et que ceux-ci vont lui corriger, par l'apprentissage scolaire et la vie sociale que l'enfant va apprendre à structurer ses souvenirs.

Sa mémoire, qui était ludique et affective, va devenir de plus en plus logique et précise, en vue de l'action. Ceci explique la disparition des souvenirs qui n'intéressent que des conduites en voie de régression. Les souvenirs qui subsistent sont ceux qui sont fréquemment évoqués par la famille, ceux qui concernent ses succès d'enfant et, aussi, les souvenirs traumatiques.

La mémoire se constitue au moment de la formation du moi de l'enfant ; elle lui permet de s'affirmer en face d'autrui. Elle n'est pas, conclut l'auteur, « cette intuition du passé qu'imaginait Bergson », mais la fonction d'idéification du passé, objet d'une lente acquisition.

M. GLUGE.

Psychologie du jeu et du sport, par le professeur Aug. LEY. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, mars 1954).

Le sport n'est qu'une forme évoluée et socialisée de l'activité ludique. Le jeu est un besoin inné auquel s'associent de nombreux instincts qui s'extériorisent dans le jeu. Certains jeux exercent sur le psychisme une influence cathartique libérant des tendances agressives, violentes, antisociales. La pratique des activités sportives peut canaliser les instincts agressifs et dériver les tendances combatives vers des formes et des buts louables, parfois même élevés (désir de perfectionnement, d'habileté, d'adresse, de sang-froid, etc., haine de la tricherie, esprit d'équipe, etc.), et les sublimer (idéal chevaleresque). Certains sports pourtant (chasse, tir aux pigeons) ne peuvent être considérés comme favorisant la diminution de l'agressivité. L'auteur souligne aussi la valeur esthétique du sport, susceptible d'être utilisée en éducation. Mais il montre comment la naissance du « sport professionnel » a créé, autour de manifestations souvent brutales et où des questions d'intérêt matériel jouent leur rôle, des spectacles plutôt de nature à provoquer l'éclosion de tendances regrettables et de sentiments agressifs. Il conclut que devraient être prosrites par voie légale les exhibitions de sports brutaux et violents.

R. C.

Psychosomatique du rire et des pleurs. (Psychosomatik der Lachens und Weinens), par H. SUTERMEISTER, (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène*, 32^e année, n° 6, juin 1952, p. 337-371).

Presque tous les grands philosophes depuis Aristote ont été tentés par le problème du rire et des pleurs. Seul le point de vue psycho-somatique pou-

vait permettre d'obtenir une meilleure compréhension de ces phénomènes. L'histoire de l'humour montre une évolution de la peur de l'homme primitif vers le rire, le « gelos asbestos » des Grecs. Ce passage du « pathos à l'ironie » continue actuellement. Dans ce domaine également, l'ontogénèse suit la phylogénèse, ce que montre l'auteur en étudiant les pleurs et le rire chez l'enfant. Les différentes conceptions modernes sont rappelées à propos de leur mécanisme psychologique. L'humour jouerait le rôle d'une régression récréative au subconscient, d'un repli temporaire au centre de la vitalité d'après les vues de l'existentialisme sartrien. L'auteur termine en citant Herder : « Le talent de plaisanter a lui-même besoin de sérieux, car la plaisanterie est la plante la plus délicate de la culture humaine. » Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Scolies sur les états d'âme et la vitalité. (Escrios sobre los estados del animo y la vitalidad), par J.-J. Lopez Ibor. (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 6, n° 19, 1951, p. 459-470).

L'auteur cherche d'abord à définir certains états voisins de l'angoisse et de l'anxiété : crainte, peur, ennui, préoccupation, chagrin, perplexité, inquiétude, nausée, dégoût, accablement, agonie. Puis, il envisage la question des sentiments vitaux, rappelant la description de Scheler, montrant les caractéristiques thymiques, étudiant le plan des instincts, indiquant les modifications neuro-végétatives qui accompagnent les états d'âme et les expriment. Le rôle de la région diencéphalique est discuté.

V.-J. DURAND.

La confession des péchés. Essai d'interprétation générale, par R. PETTAZZONI. (*Journal de psychologie*, 1953, n° 3, p. 257-68).

L'auteur a étudié la confession des péchés dans l'histoire générale des religions. Il nie l'hypothèse selon laquelle la confession des non-civilisés serait une forme dégradée de la confession qu'ils auraient empruntée au christianisme et non une pratique primitive authentique. Mais il montre que, malgré leurs différences fondamentales de forme et de signification, leur fonction est identique.

Chez les « non-civilisés », le péché consiste en une violation, consciente ou non, du tabou, et il risque d'entraîner des malheurs, non seulement pour celui qui s'en est rendu coupable, mais pour son entourage. Quelques exemples intéressants montrent comment la confession fait surgir magiquement le péché du passé, afin de pouvoir le détruire, l'éloigner de soi. Mais l'auteur, contrairement à Frazer, ne pense pas que la confession ait un caractère exclusivement magique : elle a de plus un caractère religieux, car même le péché des « non-civilisés » est une atteinte à un ordre sacré, sinon à un Dieu.

Dans la religion de type théiste, le péché se définit non par rapport au tabou, mais par rapport à Dieu. La confession résulte alors du « remords et du désir de faire la paix avec Dieu », tandis que la confession primitive ne vise qu'à délivrer le pécheur et son entourage de la menace du malheur, en détruisant magiquement le péché lui-même.

Cependant, à travers la diversité de ses formes, la confession garde la même fonction essentielle : elle libère l'homme de ses péchés.

M. GLUGE.

Problèmes de la conduite humaine. (Problemas da conduta humana), par Enzo Azzi. (*Revista da Universidade Catolica de São Paulo*, vol. 1, fasc. 2, avril 1952, p. 37-57).

Reprenant la définition de Lagache, « la conduite est l'ensemble des opérations physiologiques, motrices, mentales, par lesquelles un organisme en situation tend à réaliser ses possibilités et à réduire les tensions qui, compromettant son intégrité, le mettent en mouvement », l'auteur montre que la psychologie de la conduite est essentiellement dynamique. S'il est difficile de définir la normalité psychique, les critères pouvant être normatif, statistique, clinique, sociologique, criminologique ou médico-légal, il est plus facile d'étudier les modifications apportées par le milieu, les conditions extérieures, les différences d'âge et de sexe. Les diverses modalités du malaise psychique, les difficultés d'adaptation sont enfin évoquées.

V.-J. DURAND.

Images provoquées par l'audition de bruits, par J. DIJKHUIS. (*Journal de psychologie normale et pathologique*, n° 2, 1953, p. 188- 214).

Les expériences que cite l'auteur montrent que l'on ne perçoit pas un bruit isolé, mais toujours en liaison avec le monde dans lequel nous vivons. Or, celui-ci étant au premier chef optique, les stimuli auditifs induisent des représentations visuelles. Il a fait entendre à 15 étudiants, qui avaient le dos tourné, une série de sept bruits familiers. Puis on leur demandait ce qu'ils avaient entendu. Il ressort des résultats que le bruit se perçoit « comme une référence à l'objet qui le produit ». Par exemple, un tintement est perçu comme le bruit-que-fait-une-cuiller-sur-une-tasse.

D'autre part, dans un assez grand nombre de cas, les sujets sont capables d'identifier une forme géométrique, une lettre ou un chiffre, uniquement en écoutant le son produit par le stylet qui trace ces figures sur une tablette. C'est, ici, le mode de mouvement, la vitesse avec laquelle est exécuté le tracé, qui permettent aux sujets d'identifier par le bruit une forme visuelle.

Les résultats obtenus avec des aveugles-nés dans ces mêmes expériences sont, bien entendu, très différents. L'auteur se propose de chercher, dans la suite des expériences, s'il n'y a pas une liaison entre leurs perceptions tactiles et leurs perceptions auditives.

En effet, puisque les sujets qui ne sont pas aveugles peuvent reconstituer, dans une certaine mesure, le monde visuel par la seule perception de stimuli auditifs, il est intéressant de continuer à vérifier expérimentalement l'interaction de nos différents sens.

M. GLUGE.

Sur l'insuffisante capacité d'adaptation à la vie professionnelle. (Über mangelnde Anpassungs fähigkeit im Berufsleben), par Fr. BAUMGARTEN TRAMER (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, 32^e année, n° 8. août 1952, p. 453-466).

L'auteur étudie les raisons d'une adaptation défectueuse à la vie professionnelle. Chez l'individu, on peut trouver : intérêt trop exclusif pour une activité déterminée, réaction affective violente troublant les rapports sociaux, exigences trop grandes pour les compagnons de travail, critiques, faible bon sens, rêveries, manque de maturité sociale, sentiments de haine, grand

besoin de liberté, indifférence sociale. Du côté du milieu peuvent intervenir : discipline trop sévère, intolérance. Une amélioration importante peut être réalisée par une meilleure éducation morale qui éveille et renforce le sens social. L'orientation professionnelle et la psychotechnique doivent avoir pour principes d'indiquer la profession appropriée et aussi le milieu social convenable pour donner au candidat la joie du travail.

V.-J. DURAND.

Problèmes psycho-physiologiques posés par les migrations des animaux, par G. VIAUD. (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 1953, n° 1).

L'auteur résume dans cet article sa thèse secondaire de doctorat ès sciences. Après avoir donné une définition générale des migrations, il étudie celles des animaux planktoniques, des poissons, des oiseaux, et les migrations apériodiques des insectes et des mammifères.

Il est intéressant de voir que, malgré leur diversité d'aspect infinie, les migrations peuvent se ramener à un nombre réduit de types généraux. Ceux-ci se retrouvent dans des groupes zoologiques très différents et posent des problèmes psycho-physiologiques qui leur sont propres.

Selon le type de migration, ce sont, soit les facteurs géographiques et physiques, soit les facteurs dus aux modifications internes des organismes (pour les oiseaux, notamment), soit les facteurs sociaux (excitation collective, imitation), qui jouent un rôle déterminant dans le déclenchement des migrations.

Les expériences et observations récentes ont apporté des lumières sur le mécanisme des migrations ; notons cependant que de nombreux problèmes concernant leurs causes profondes et la manière précise dont elles s'effectuent restent encore à résoudre.

M. GLUGE.

La psychologie animale dans la psychologie générale (La psicologia animale nella psicologia generale), par Giorgio ZUNINI (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 13^e année, fasc. 3, mai 1952, p. 273-283).

L'auteur affirme la possibilité d'une psychologie animale, comme étude des phénomènes « subjectifs » chez les animaux. Il en distingue les deux orientations principales : biologique et naturaliste en Europe, biologique expérimentale aux Etats-Unis. Des données très intéressantes ont été obtenues dans le domaine des organes des sens, de la perception, de l'affectivité. De grands travaux sont à mener à bien, en particulier pour comprendre plus exactement le monde subjectif des diverses espèces animales. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

PHILOSOPHIE

L'existentialisme. Soumission de la philosophie à la sensibilité actuelle. (El existencialismo. Sumision de la filosofia a la sensibilidad actual), par Fritz JOACHIM VON RINTELEN (de Mayence). (*Revista da Universidade Catolica de São Paulo*, vol. 2, fasc. 3, juillet 1952, p. 43-53).

L'homme se trouve dans un état de discontinuité complète, soumis au changement, à l'historicité, sans lien unificateur, conséquences du matéria-

lisme et du relativisme. Le résultat est un retour à l'existence. La situation actuelle peut être comparée à celle de l'antiquité lors de sa fin et à celle des stoïciens. Mais notre attitude est moins confiante face à l'esprit et plus dure dans sa sensibilité. Avoir montré que l'action devient existentielle est le mérite de la philosophie de l'existence.

V.-J. DURAND.

ANATOMIE

Altérations thalamiques chez les schizophrènes. (Alterazioni talamiche negli schizofrenici), par E. DE RENZI et A. MASCIOCCHI (de Pavie). (*Il Cervello*, 28^e année, n° 4, 15 juillet 1952, p. 233-248).

Après une revue générale des travaux sur les altérations thalamiques dans la schizophrénie, les auteurs rapportent douze observations histologiques personnelles. Elles montrent la présence de lésions presque constantes rappelant la « maladie grave de la cellule » de Nissl au niveau des noyaux latéraux du thalamus, l'existence d'altérations à type de tigrolyse dans les cellules des noyaux médians, mais moins constantes et observables aussi dans certains cas de contrôle sans schizophrénie. L'absence, chez les malades, de symptômes sensitifs, serait à attribuer à l'apparition lente des lésions cellulaires. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Aspect particulier du manteau cérébral chez un phrénasthénique épileptique. (Particolare aspetto del mantello cerebrale in un frenastenica epilettico), par Giovanni FATTOVICH (de Venise). (*Il Cervello*, 28^e année, n° 5, 15 septembre 1952, p. 313-330).

Une observation de malformation cérébrale est rapportée avec absence de scissure de Rolando, disposition rayonnante des circonvolutions autour de la scissure de Sylvius et processus de sclérose lobaire atrophique avec microgyrie des deux lobes de l'insula. Des considérations pathogéniques et embryologiques sont faites à propos de ce cas. 17 figures.

V.-J. DURAND.

Considérations sur les données anatomo-pathologiques dans quelques cas de phrénasthénie. (Considerazioni sui reperti anatomo-patologici di alcuni casi di frenastenia), par G. FATTOVICH (de Venise) (*L'Ospe-dale psichiatrico*, 19^e année, fasc. 4, octobre-décembre 1951, p. 293-340).

Se basant sur un certain nombre d'observations personnelles d'oligophrènes, l'auteur en décrit, de façon précise, le tableau anatomo-pathologique. Les problèmes pathogéniques et physiopathologiques correspondants sont évoqués pour chaque cas. Références bibliographiques. 43 photographies.

V.-J. DURAND.

La topométrie encéphalique chez l'homme (Noyau rouge, centre médian, noyau amygdalien), par A. DELMAS et B. PERTUISSET (de Paris). (*La Presse médicale*, 25 décembre 1952).

Exposé d'une technique permettant de couper dans sa totalité une tête humaine (crâne et cerveau), en gardant à l'encéphale son volume normal. Les coupes sont faites parallèlement à trois plans : horizontal, frontal et sagittal.

Les auteurs étudiant ensuite la topométrie de trois structures sous-corticales (noyau rouge, centre médian de Luys, noyau amygdalien) aboutissent à la notion de coordonnées trigonométriques moyennes chez les mésocéphales et les brachycéphales.

L. R.

Les lésions du système nerveux central dans l'intoxication par le phosphate tri-crisylique, par Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et Mme J. GODET-GUILLAIN. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 10 novembre 1952).

Les intoxications alimentaires par des huiles contenant du phosphate tri-crisylique déterminent des troubles neurologiques qui ont été considérés comme consécutifs à des polynévrites. Dans la présente note, les auteurs rapportent les détails de l'examen anatomo-pathologique complet d'un cas d'intoxication par le phosphate tri-crisylique chez un sujet décédé, un an après le début de l'intoxication, d'une affection intercurrente accidentelle : lésions très accentuées des nerfs périphériques ; lésions des cellules des cornes antérieures de la moelle avec atrophie de la corne antérieure semblable à celle de la poliomyélite chronique ou de la sclérose latérale amyotrophique ; lésions dégénératives neuro-ganglionnaires assez discrètes sur toute la hauteur du tronc cérébral ; lésions neuro-ganglionnaires et myéliniques intenses du globus pallidus avec réaction gliale ; de plus, dans l'écorce cérébrale, spécialement dans la région frontale, à la limite de la substance grise et de la substance blanche, état spongieux, finement micropolykystique, s'accompagnant de dégénérescences myéliniques et neuro-ganglionnaires.

Cet examen anatomo-pathologique permet de conclure que, dans l'intoxication par le phosphate tri-crisylique, les lésions sont loin d'être purement polynévritiques, l'atteinte de tout le névraxe apparaît certaine et porte tout spécialement sur le globus pallidus et le cortex cérébral.

L. R.

Sur un type de nécrose cérébrale symétrique lenticulo-occipitale consécutive à des lésions massives de pyléphlébite, par Ivan BERTRAND. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 20 janvier 1953).

L'auteur rapporte deux cas de nécrose cérébrale très comparables par la topographie lenticulo-occipitale des lésions, leur symétrie et l'absence complète de corps granuleux ; ces deux cas ont été observés chez des cirrhotiques avec oblitération massive du tronc porte. Il ne s'agit ni d'artefact, ni de ramollissement d'origine vasculaire, mais d'une nécrose frappant une véritable unité topistique ; ses facteurs paraissent multiples : atteinte hépatique ayant un effet fragilisant, et surtout pyléphlébite massive excluant brutalement l'activité hépatique et provoquant de graves hémorragies.

L. R.

Sur les modalités variées d'accroissement des tumeurs gliales. (Sulle varie modalità di accrescimento dei tumori gliali), par S. D'ANTONA (de Bari). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, 1^{re} partie, janvier-février 1952, p. 79-102).

Etudiant les diverses modalités d'accroissement des tumeurs gliales, l'auteur trouve, dans sa statistique personnelle, qu'elles varient selon le type de tumeur; en particulier, il a observé: l'accroissement expansif dans les tumeurs médulloblastomateuses, l'accroissement infiltrant dans les tumeurs spongioblastomateuses et enfin l'accroissement par opposition dans les tumeurs à type de glioblastome multiforme. 18 figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contribution à la connaissance des dermoïdes et des épidermoïdes spinaux. (Contributo alla conoscenza dei dermoidi ed epidermoidi spinali), par Luigi MASSIGNAN (de Padoue). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 3, mai-juin 1952, p. 318-343).

Les dermoïdes et les épidermoïdes spinaux sont d'origine ectodermique. Les premiers, cependant, contiennent également des éléments mésodermiques. Leur apparition est toujours déterminée par une altération du développement embryonnaire, sans doute de type dysraphique. L'auteur indique la coexistence très fréquente de malformations vertébrales ou médullaires au même niveau que la tumeur. Ce phénomène est d'une grande importance diagnostique. Huit figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

BIOLOGIE

Recherches sur la biochimie du cerveau, par A. PALLADINE (de Kiev). (*Comptes rendus du 2^e Congrès international de biochimie*, Paris, 21-27 juillet 1952).

La désagrégation des polysaccharides dans le tissu cérébral s'opère surtout grâce à l'amylase et à la maltase, tandis que la synthèse a lieu sous l'influence de la phosphorylase et de l'invertase. L'étude de l'adénosine triphosphatase du cerveau a montré la présence de substances à action inhibitrice envers ce ferment et une différence d'activité de l'adénosinétriphosphatase dans les diverses parties du cerveau, de même que des variations d'activité aux divers états fonctionnels du cerveau. La teneur en glycogène du cortex cérébral varie suivant l'état fonctionnel en même temps que l'activité des ferments correspondants, ce qui contredit l'idée d'une immobilité du glycogène.

L. R.

Apports modernes à la psychophysiologie du cortex cérébral humain (Modernas aportaciones a la psicofisiología de la corteza cerebral humana) par Manuel UBEDA PURKISS. (*Revista de psicología general y aplicada* la Madrid, vol. 6, n° 19, 1951, p. 483-513).

L'auteur rappelle quelques-unes des découvertes récentes sur la physiologie du cortex cérébral. Il étudie successivement, se basant, en particulier,

sur les travaux de Penfield, Adrian, Bailey et Foerster, les représentations corticales, sensorielles et motrices, la représentation motrice supplémentaire, les localisations corticales des fonctions autonomes, celles des mécanismes du langage, les aires visuelles, auditives, le rôle du cortex temporal dans les fonctions psychiques, l'ablation de divers territoires (circonvolution pré- et post-centrales, aires motrices et sensorielles secondaires, insula, zone du langage). Beaucoup reste encore à découvrir. Huit figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Quelle contribution peut donner la recherche électroencéphalographique à l'étude des activités psychiques ? (Quale contributo può dare allo studio delle attività psichiche la ricerca elettroencefalografica ?), par Fr. Agostino GEMELLI et Leonardo ANCONA (de Milan). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, fasc. 2, mars-avril 1952, p. 358-394).

L'électro-encéphalographie n'a pas apporté à l'étude des fonctions psychiques l'aide que l'on avait parfois pu espérer. Les auteurs passent en revue les différents problèmes correspondants, se fondant sur leurs travaux personnels et sur une étude critique de la littérature mondiale. Ils considèrent successivement : les effets des stimulations sensorielles (visuelles, auditives, tactiles, thermiques et douloureuses) sur les tracés chez l'homme, le conditionnement des stimulations sensorielles, l'influence de l'activité psychique sur l'électro-encéphalogramme (états émotionnels, attention, travail mental, problème de la théorie motrice de la conscience, sommeil), les relations du caractère et de la personnalité avec l'électro-encéphalogramme. De tout ce bilan de recherches, il faut retirer une impression de modestie : « Il n'a été démontré aucune corrélation positive entre l'électro-encéphalogramme, ses variations et l'activité psychique, si on excepte les modifications dues à la stimulation des récepteurs sensoriels. » Il reste encore beaucoup à faire. Très-importante bibliographie (huit pages).

V.-J. DURAND.

L'électroencéphalogramme chez les sujets âgés. (L'elettroencefalogramma nei vecchi), par Guido MENGOLI (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, 1^{re} partie, janvier-février 1952, p. 166-193).

Chez 34 sujets âgés normaux, l'auteur a pu observer trois types de tracés : l'un parfaitement normal, l'autre à fréquence plus lente (8 ou 7 c./s.), le troisième enfin, à fréquence variable, mais avec labilité du rythme alpha et irrégularités. Chez 78 malades, les modifications observées ont été très diverses. Dans l'ensemble, par ordre de gravité, les altérations rencontrées sont : diminution plus ou moins marquée des potentiels, tendance à l'activité rapide avec désynchronisation du rythme, présence d'ondes lentes plus ou moins irrégulières. Si ces perturbations ne sont pas toujours proportionnelles à la gravité de la maladie, le rythme lent et irrégulier semblerait l'expression la plus courante de l'état de souffrance du parenchyme cérébral. 23 figures (tracés et radiographies). Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Données récentes dans l'investigation électroencéphalographique, par J. LEBASCLE (de Casablanca). (*Maroc médical*, 31^e année, n° 325, juin 1952, p. 526-529).

L'auteur rappelle quelques améliorations apportées récemment à la technique électro-encéphalographique ; épreuve d'ouverture et de fermeture des yeux, épreuve de l'hyperpnée, stimulation lumineuse intermittente à éclairs simples et à éclairs couplés, recherche du seuil cardiazolique par association d'une injection de cardiazol et de la stimulation lumineuse intermittente, sommeil spontané et provoqué avec recherche du complexe K. Les conséquences diagnostiques de ces divers procédés sont décrites.

V.-J. DURAND.

Peut-on comparer le cerveau à une machine électrique ? (Si puo paragonare il cervello ad una macchina elettrica ?), par Mario GOZZANO (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, 1^{re} partie, janvier-février 1952, p. 141-154).

Beaucoup de phénomènes vitaux sont explicables par les lois de la chimie, de la thermodynamique, de l'électricité. Le cerveau, par la complexité et la précision de ses structures et de ses fonctions, se prête particulièrement à la comparaison avec des systèmes mécaniques. La cybernétique a creusé la question, mais elle ne donne qu'une explication purement formelle. Le secret de la vie demeure en dehors des lois de la physique, au moins de celles que nous connaissons actuellement.

V.-J. DURAND.

La psychomotricité et ses attributs essentiels. (La psicomotricità e i suoi attributi essenziali), par Leandro CANESTRELLI (de Rome). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 13^e année, fasc. 4, août 1952, p. 349-371).

Pour étudier l'activité motrice d'un point de vue strictement psychologique, il faut mettre au premier plan les attitudes subjectives de l'individu qui agit et ses expériences intérieures en rapport avec les mouvements. Le terme psycho-motricité indique mieux que les autres (mobilité, motilité, psycho-mobilité, motricité, etc.) l'activité motrice ainsi considérée. La psycho-motricité possède trois attributs essentiels : psycho-motricité expressive (mouvement déterminé par les pulsions intérieures) ; psycho-motricité exécutive (activité motrice dirigée intentionnellement, mais automatisable) ; psycho-motricité impulsive (activité motrice vécue intérieurement et subjectivement). Un schéma des différents moyens d'étude de l'activité psycho-motrice est proposé. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Réactions anaphylactiques du système nerveux végétatif, par M.-B. CHAUCHARD et M.-P. CHAUCHARD. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 22 novembre 1952).

Les auteurs, par la chronaximétrie, décèlent des manifestations anaphylactiques particulières au niveau du système nerveux végétatif comprenant une

excitation des fibres nerveuses elles-mêmes avec laquelle interfère une réaction d'origine centrale qui, elle, est inverse sur l'orthosympathique (excitation) et le parasympathique (inhibition). Cette réaction centrale est empêchée par le 4560 R.P. Ces phénomènes, qui ne paraissent pas d'origine directement histaminique et qui s'apparentent aux constatations de Reilly, sont à prendre en considération pour l'explication des réactions anaphylactiques.

L. R.

Action de la morphine sur les métachronoses thermiques réflexes, par M^{mes} B. CHAUCHARD et H. MAZOUÉ et M. P. CHAUCHARD. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 13 décembre 1952).

Sous l'influence de la morphine, disparition des métachronoses réflexes thermiques qui va de pair avec des signes d'excitation nerveuse, tandis qu'avec les anesthésiques, le même phénomène rentre dans le cadre de leur action dépressive centrale. Les excitants nerveux ordinaires ne suppriment pas ces métachronoses, la morphine possède donc une action très particulière.

L. R.

Electrochoc et système réticuloendothélial chez des schizophrènes. (Electtroshock e sistema reticolo-endoteliale in ammalati di schizofrenia), par Domenico ANGRISANI (de Naples). (*L'Ospedale psichiatrico*, 19^e année, fasc. 4, octobre-décembre 1951, p. 275-292).

L'auteur rapporte les résultats d'expériences faites avec un sérum cytotoxique antiréticulo-endothélial humain (cytolysine) ; il a pu montrer que l'électro-choc détermine une potentialisation de mécanismes défensifs organiques complexes. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur les effets de l'injection dans les ventricules cérébraux du chien, du chlorhydrate de diméthylamino-propyl N chloro-phénothiazine (4560 RP). Action centrale de ce produit, par H.-P. CATHALA et J.-J. POCIDALO. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 22 novembre 1952).

L'injection intraventriculaire de 2 mgr. par kilogramme de 4560 R.P. chez le chien entraîne : une narcose profonde de une à deux heures de durée ; une absence de réponse hypertensive après excitation du bout central du pneumogastrique et après occlusion des carotides primitives ; une hypothermie d'installation rapide, beaucoup plus importante que celle provoquée par une injection d'une même dose de produit par voie sous-cutanée. Donc, en plus de son action sympatholytique, ce médicament possède une action centrale.

L. R.

L'action inhibitrice centrale de la prométhazine (phénergan), par M^{me} B. CHAUCHARD et M. P. CHAUCHARD. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 13 décembre 1952).

Par son action inhibitrice centrale qui se manifeste, soit directement, soit par la suppression des métachronoses réflexes dans le domaine de la vie de

relation comme du sympathique ou la disparition des signes centraux de l'anaphylaxie sympathique, le phénergan se rapproche des ganglioplégiques dérivés comme lui de la phénothiazine et s'écarte de l'antergan qui, en raison de sa constitution chimique différente, ne possède pas ces propriétés.

L. R.

Etude des modifications du rythme cardiaque, de la pression artérielle et de l'électrocardiogramme au cours de la réaction alcool-antabus, par G. DUBOUCHER et M. POROT. (*L'Algérie médicale*, décembre 1951, p. 1265-1270).

Les auteurs, chez neuf alcooliques exempts de toute affection cardio-vasculaire, ont observé quatre phases sur les graphiques tensionnels et sphygmiques. La première phase dure un quart d'heure avec tachycardie et élévation modérée de la pression systolique en même temps que commencent congestion faciale, larmoiement et polypnée. Dans la seconde, de cinq à quinze minutes, les tensions maxima et minima baissent, le pouls s'accélère, tandis que la vaso-dilatation s'accroît. La troisième phase est marquée, pendant une demi-heure environ, par une diminution de la tachycardie avec une baisse profonde de la tension artérielle. Le sujet se décongestionne alors. La quatrième phase enfin est marquée par une réascension progressive de la pression artérielle avec ralentissement graduel du pouls. Les modifications électro-cardiographiques, débutant à la seconde phase, n'ont rien de spécifique. Elles sont comparables à celles de tous les états de collapsus.

V.-J. DURAND.

L'alcool est-il un aliment? par V. RAYMOND (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, séance du 22 janvier 1954).

L'alcool dans l'organisme se comporte, non comme un aliment, mais comme un poison. Absorbé très rapidement en nature et désintégré très lentement, il imbibé pendant longtemps les tissus, sur lesquels il exerce une action nocive. La désintégration se produit par oxydation, mais l'organisme ne peut pas en oxyder plus de 6 gr. par heure, quels que soient la teneur d'alcool dans le sang et les besoins de l'organisme. Il en résulte qu'il faut près de 24 heures pour détruire les 100 à 120 gr. d'alcool qui se trouvent dans un litre de vin. Il se produit, pendant cette désintégration, des substances toxiques (acétaldéhyde et composés pyruviques) ; elle entraîne une avitaminose B. L'alcool n'est ni énergétique, ni thermogène. En particulier, de par la lenteur et la fixité de son oxydation, il n'apporte aucun secours à l'organisme en cas de besoin, soit musculaire, soit calorifique.

L. R.

Dépistage et interprétation des perturbations humorales et sanguines des alcooliques chroniques, par Raoul LECOQ. (*Études antialcooliques*, n° 22, avril-juin 1952, p. 213-224).

L'auteur décrit d'abord les rapports du métabolisme de l'alcool et du foie, puis les perturbations sanguines habituellement observées chez l'éthylique chronique : portant sur l'urée, le cholestérol, la réserve alcaline plasmatique, les protides sériques, la glycémie, les chlorures plasmatique et globulaire.

Puis sont envisagées : la présence anormale des produits intermédiaires du métabolisme de l'alcool, l'influence de la désintoxication sur les perturbations sanguines. L'intoxication alcoolique résulte du catabolisme incomplet des produits intermédiaires du métabolisme de l'alcool, en particulier de l'acétaldéhyde et de l'acide pyruvique. Ordinairement, le traitement entraîne le retour à la normale. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Mesures humorales au cours d'une toxicose, par Julien MARIE, J. SALET, H. BOISSIÈRE, C. DE MÉNIBUS et HAZARD. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 16 décembre 1952).

Observation d'un état neurotoxique grave avec hypotonie plasmatique s'opposant à l'hypertonie plasmatique habituelle au cours des toxicoses : fillette de 5 mois ayant des vomissements provoqués par la moindre tentative de réhydratation par la bouche ; muqueuses humides ; l'enfant présentait une véritable aversion pour l'eau.

On notait, d'autre part, un point cryoscopique franchement élevé (Δ corrigé à $-0,53$). En dépit de la gravité de son état, l'enfant n'avait perdu que 200 gr. L'urée avait atteint 0 gr. 90 sans signes de néphrite.

L'existence d'un tel syndrome d'« hyperhydratation cellulaire » est rare au cours des toxicoses. Il nécessite une thérapeutique élective dont le terme capital est la rechloruration de l'organisme par les solutions salées hypertoniques.

L. R.

La teneur en acide citrique du liquide contenu dans les kystes de tumeurs cérébrales et du liquide céphalo-rachidien ventriculaire et lombaire, par S. PELG et J.-N. CUMINGS. (Laboratoire de biologie clinique de l'Institute of Neurology, National Hospital, Londres). *Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, décembre 1953).

Dosage chimique de l'acide citrique dans le liquide de kystes cérébraux et dans le liquide céphalo-rachidien ventriculaire et lombaire de malades atteints d'affections neurologiques variées.

La concentration moyenne des liquides issus de tumeurs cérébrales kystiques est de 47 gamma par cm^3 . L'acide citrique contenu dans ces liquides peut être le témoin d'une anomalie du métabolisme des cellules tumorales en voie de dégénérescence.

Le sérum a une concentration moyenne en acide citrique de 25 gamma par cm^3 .

La concentration moyenne du liquide céphalo-rachidien ventriculaire et celle du liquide lombaire sont respectivement de 37 et 46 gamma par cm^3 . Leurs limites de variabilité sont les mêmes. L'origine de l'acide citrique du liquide céphalo-rachidien reste inexplicée. Il a été suggéré par l'étude des liquides de kystes de tumeurs cérébrales que ce catabolite intermédiaire ne provient pas nécessairement du sang et, dans ces conditions, qu'il ne peut convenir à l'étude des échanges entre le sang et le liquide céphalo-rachidien.

L. R.

Innocuité pour l'homme du virus poliomyélitique fixé au lapin, par G. BLANC et L.-A. MARTIN. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 9 décembre 1952).

Le virus de poliomyélite fixé au lapin est totalement apathogène pour l'homme ; il se retrouve dans les selles pendant au moins quatre-vingt-quinze jours. Des expériences en cours portent sur le pouvoir neutralisant du sérum de ces « vaccinés ».

L. R.

Culture « in vitro » du virus poliomyélitique sur tissu humain adulte, par Pierre LÉPINE, Georges BARSKI, GÉRAUD DE BRION et Vittorio MONACI. (*Bull. de l'Académie des Sciences*, séance du 5 janvier 1953).

La culture *in vitro* du virus poliomyélitique présente une importance considérable, tant pour le diagnostic de cette maladie que pour la préparation d'antigènes, mais les seuls milieux de culture utilisables jusqu'ici sont l'embryon humain ou le testicule de singe, sources présentant de graves inconvénients pratiques qui font obstacle à la généralisation des méthodes basées sur leur emploi.

Les auteurs se sont adressés aux amygdales humaines provenant d'ablations chirurgicales mises en culture préliminaire dans un milieu au sérum placentaire humain, puis transférées, au bout de deux semaines, dans un nouveau milieu au sérum de cheval inactivé. Dans ces conditions, la croissance du virus poliomyélitique est abondante, qu'il s'agisse de souches de laboratoire ou d'isolement de souches neuves.

Ces observations montrent l'action élective exercée par le virus sur les fibroblastes tonsillaires, ainsi que la relation existant entre la quantité de virus recueillie et la néo-croissance fibroblastique. Il suffit d'une culture préliminaire dans un milieu approprié pour permettre aux fibroblastes de proliférer et éventuellement éliminer les anticorps. La méthode expérimentée depuis plusieurs mois est susceptible de larges applications pratiques.

L. R.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

La collaboration du psychologue et du psychiatre dans l'hygiène mentale industrielle. (Die Zusammenarbeit der Psychologen und Psychiaters in der psychischen Industriehygiene), par R. K. ЯСН. (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, juin 1952, p. 71-83).

A l'aide de quelques exemples, l'auteur montre combien est nécessaire la collaboration du psychologue et du psychiatre en hygiène mentale industrielle pour découvrir les causes des troubles psychiques, en empêcher l'action et pour mener à bien dans les meilleures conditions le traitement requis. Les rôles respectifs du psychologue et du psychiatre doivent être nettement définis pour obtenir la plus grande efficacité.

V.-J. DURAND.

Le médecin d'hygiène scolaire et l'équipe médico-sociale et psycho-pédagogique à l'école, par J. DEMAUCHE (de Lyon). (*Comptes rendus du 2^e congrès international d'hygiène et de médecine scolaire*, Lyon, 9, 10, 11 et 12 juillet 1952).

Le travail du médecin d'hygiène scolaire n'est possible, d'après l'auteur, que dans la mesure où il peut s'appuyer sur l'aide d'assistantes sociales qualifiées et s'il peut collaborer avec les spécialistes (neuro-psychiatres et psychologues). Les difficultés de mise en place de ces différents éléments sont rappelées.

L. R.

Quelques mots sur l'alcoolisme, par R. LECOQ. (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, séance du 22 janvier 1954).

L'auteur souligne quelques points essentiels de l'éducation antialcoolique. Celle-ci doit commencer à l'école. Le soldat ne doit pas devenir un consommateur forcé. L'alcoolique est un malade qu'il faut soigner. Guéri, il devient souvent un des plus actifs propagandistes dans la campagne antialcoolique.

Enfin, les moyens de détection doivent tenir compte des causes d'erreurs, notamment des cordiaux, que l'on distribue souvent en guise de réconfort.

L. R.

Alcool et accidents du trafic. (Alcohol y accidentes del trafico), par C.-A. FIGUERIDO. (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 6, n° 19, p. 471-482).

L'auteur rappelle quelques-unes des recherches concernant le rôle de l'intoxication alcoolique dans les accidents de la route, insistant surtout sur les problèmes psycho-pathologiques et sociaux, ainsi que sur les mesures législatives adoptées par divers pays. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Alcool et Sécurité sociale, par S. TARA: (*Bull. de la Société de médecine, de Paris*, séance du 22 janvier 1954).

On dit la sécurité sociale en déficit. L'alcool y contribue pour une large part. Par exemple, si l'on étudie 245 ouvriers appartenant à un groupe professionnel donné et présentant une affection déterminée, l'arrêt du travail moyen est de 45 jours pour les « non-imprégnés », et 75 jours pour les 1.678 cas, on trouve une imprégnation certaine chez 40 % des sujets examinés.

L. R.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 avril 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 10 mai 1954*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 mai 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 juin 1954*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 juin 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*. Cette séance aura lieu le *lundi 12 juillet 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement).

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'*août* ni pendant le mois de *septembre*.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Concours pour 25 places de médecin du cadre général des hôpitaux psychiatriques

Un *concours* pour le recrutement de 25 *médecins* du cadre général des *hôpitaux psychiatriques* (métropole et départements d'outre-mer) aura lieu le 9 juin 1954 au ministère de la santé.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la direction de l'Administration générale du personnel et du budget (3^e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17^e), où les demandes d'inscription et les dossiers seront reçus jusqu'au 8 mai 1954 inclus, dernier délai.

Concours pour un poste de médecin assistant au Service de neuro-chirurgie du Centre psychiatrique Sainte-Anne

La date d'ouverture du concours sur titres pour le recrutement d'un *médecin assistant au service de neuro-chirurgie du Centre psychiatrique Sainte-Anne*, fixée au 5 avril, est reportée au 5 mai 1954.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Colloque sur le traitement du délirium tremens (Paris : 8 mai 1954)

A l'occasion de son assemblée générale, et en liaison avec les « Journées d'études sur l'alcoolisme », le Groupement médical d'études antialcooliques organise un *colloque* sur le traitement du *delirium tremens*, sous la *présidence* du professeur Guy LAROCHE, avec la participation déjà acquise des D^{rs} G. DAUMÉZON, J. DUBLINÉAU, L. MICHAUX, R. LECOQ et P. SIVADON.

Tous les praticiens sont cordialement invités et particulièrement les chefs de services hospitaliers, médicaux et chirurgicaux, pour qui ce problème est actuellement une préoccupation presque journalière.

Pour faire une communication (maximum 10 minutes par orateur) ou participer à la discussion, s'inscrire en s'adressant au D^r H. DUCHÊNE (7, rue La-Motte-Picquet, Paris, 15^e).

La réunion aura lieu au grand amphithéâtre de l'*Hôtel des syndicats médicaux*, 60, boulevard de La-Tour-Maubourg, Paris, 7, à 21 heures.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1954 (2^e trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 85.903. — 1954.
C.O.A.L. 31.2330.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

A PROPOS DU TEST DE SZONDI

*Epreuve de validation, diagnostic aveugle
et problème nosologique*

PAR

U. MOSER (de Zurich)

I. LES VOIES DE L'ÉPREUVE DE VALIDATION.

1. Statistique.
2. Analyse des syndromes.
3. Diagnostics aveugles.

II. ESSAIS DE DIAGNOSTIC AVEUGLE COMME MOYEN D'ÉPREUVE DE VALIDATION. (Rapport sur trois séries d'essais opérés par L. Szondi et U. Moser, à Zürich).

1. Les cas cliniques examinés au test.
2. Discussion des résultats.
 - A) Le test de Szondi comme expression de l'inconscient.
 - B) Les conceptions de la pathogénèse selon la psychiatrie, et selon l'analyse du destin.
 - a) Le principe des possibilités du destin.
 - b) « Processus » et « status », le problème du décours de la maladie.

III. CONCLUSIONS.

I. Les voies de l'épreuve de validation

Depuis 14 ans, on discute la valeur du diagnostic expérimental des pulsions. Nous n'avons pas l'intention de résumer tous les travaux publiés, surtout parce qu'il existe déjà quelques bonnes synthèses (1). En France, l'ensemble des problèmes a été de nouveau envisagé dans deux articles concernant un essai de diagnostic aveugle soumis à l'épreuve de l'appariement (matching) (2).

A notre avis, un test peut être validé au moyen de trois méthodes employées le mieux conjointement.

1. Le contrôle par la statistique.
2. L'analyse syndromatique individuelle.
3. L'épreuve du diagnostic aveugle.

Les voici brièvement esquissées :

1. STATISTIQUE

La plupart des auteurs employant des méthodes statistiques obtiennent en majorité des résultats négatifs ou faiblement significatifs. Cette psychologie statistique des tests ne soulève même pas la question de savoir si les méthodes employées sont adaptées au genre du test et aux faits rendus visibles par le test. En étudiant ces travaux, on est frappé par le fait qu'un test n'a de valeur, pour certains auteurs, que dans le respect des principes de la statistique. C'est ainsi que, par exemple, on nie l'existence du choix génotropique des portraits, parce que les portraits d'un facteur (par exemple les six sadiques) sont choisis avec une fréquence inégale, ou bien parce que la distribution des choix statistiques dans un grand groupe d'essais est la même que dans les choix dus au hasard. Ces auteurs ressemblent à des biologistes

(1) DERI (S.) : *The Szondi Test*. In BROWER (D.) and ABT (L.) : *Progress in Clinical Psychology*, vol. 1, New-York, Grune and Stratton, 1952, 222-233. BORSTELMANN (L. J.) and KLOPPER (W. G.) : *The Szondi Test : A Review and Critical Evaluation*. *Amer. Psychol. Bulletin*, vol. 50, n° 2, March 1953.

D'autres travaux synthétiques et monographiques qui ne nous sont pas directement connus sont mentionnés dans : DAVID (H. P.) : *Szondi Bibliography, 1939-1953*. Western Psychiatric Institute and Clinics. University of Pittsburgh. (Paraîtra sous peu dans le *J. of Projective Techniques*).

(2) DELAY (J.), PICHOT (P.), PERSE (J.), DENIKER (P.) : *Etude sur la validité du test de Szondi*. PRUSCHY-BÉJARANO (R.) : *De la validité du test de Szondi*. Articles parus dans : *Annales médico-psychologiques*, 111^e année, T. II, n° 4, novembre 1953, p. 449-499.

pour lesquels seuls existeraient les phénomènes qu'ils peuvent voir au microscope. En d'autres mots, la statistique (que les statisticiens eux-mêmes ne considèrent toujours que comme une science auxiliaire d'autres sciences, science qui selon que le point de départ et la question initiale sont formulés d'une façon habile fournira des résultats positifs ou négatifs), la statistique, dis-je, est devenue toute-puissante en psychologie des tests, elle est devenue la pierre de touche des phénomènes. Une méthode auxiliaire s'est élevée de cette façon au rang de critère de ce qui existe dans le domaine psychique.

Si l'on veut prouver par la voie statistique que le diagnostic expérimental des pulsions ne peut rien donner; on n'aura pas de difficultés, car il suffit d'employer de fausses méthodes statistiques, en partant d'un point de vue inexact et de prémisses fausses. Nous ne voudrions pas de cette façon déclarer la guerre à la statistique, nous voudrions seulement la remettre à la place qu'elle a toujours occupée dans les autres sciences : celle d'une méthode auxiliaire servant à définir d'une manière exacte des rapports trouvés par voie empirique.

Les méthodes de validation statistique sont valables si elles remplissent deux conditions fondamentales :

- a) le critère de l'homogénéité du matériel examiné ;
- b) la loi du grand nombre.

Ad a) Un contrôle et un calcul statistiques de caractères isolés (réactions factorielles ou vectorielles) ont de la valeur seulement lorsque le groupe examiné est tout à fait homogène. Une homogénéité purement symptomatique ne suffit pas, il faut en outre une concordance en ce qui concerne la dynamique de la maladie. Nous voudrions le montrer à la lumière de deux exemples : ceux de l'épilepsie et de l'homosexualité.

Vus du point de vue statistique ces groupes de maladies ne sont pas homogènes. Il y a de multiples formes d'épilepsies : épilepsies essentielles, épilepsies affectives, épilepsies symptomatiques, épilepsies jacksoniennes, narcolepsies, pycnolepsies. De plus, il faut distinguer les épilepsies traitées et non traitées. Dans les profils normaux des épileptiques traités, souvent n'apparaît pas le syndrome paroxysmal ; celui-ci, au contraire, se trouve localisé dans les profils théoriques complémentaires (arrière-plan) (voir note 18).

Quant à l'homosexualité, on doit distinguer les formes active et passive, ainsi que l'homosexualité objective et subjective (Fe-

renczi). De plus il faut considérer si, à côté du destin homosexuel, la personne en question est névrosée, psychotique, anormale (psychopathique d'après la terminologie allemande), ou sublimée. Quand on n'observe pas ces différences, et que toutes les formes homosexuelles sont réunies en un seul groupe, les valeurs moyennes obtenues seront *obligatoirement* inutilisables. Des homosexuels passifs, par exemple, donnent au test la réaction s — (passivité, masochisme) ; des homosexuels actifs produiront s + ou s O (agression accumulée ou déchargée). Si, ici, l'on forme une valeur moyenne des réactions factorielles en s, aucune position de s ne s'avérera comme typique. Le syndrome établi par L. Szondi ne concerne d'ailleurs que la forme *passive* de l'homosexualité. Les homosexuels actifs sont en réalité des sadiques-anaux. Ce qui veut dire que le caractère du choix de l'objet homosexuel peut se réaliser par des voies différentes quant au dynamisme pulsionnel. Si l'on a la chance d'obtenir les profils d'un homosexuel qui évolue depuis la forme passive vers la forme active, l'aspect du problème devient particulièrement net : dans les profils suivants appartenant à un homme homosexuel âgé de 30 ans, lequel fut examiné au test lors de son passage d'un état à l'autre, on ne trouve ni le syndrome de l'homosexualité passive, ni celui de l'homosexualité anal-sadique active sous leurs formes complètes :

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	+	—	±	O	+	—	O
O	+	O	±	+	+	—!	—
O	+	O	±	+	+	—!	O
+	+	O	+	+	—	—!	O
—	+	O	+	+	+	—!	O
Dur.... $\frac{6}{2}$		$\frac{3}{0}$		$\frac{4}{5}$		$\frac{1}{5}$	
Moll... $\frac{2}{\sigma}$		$\frac{0}{\sigma}$		$\frac{4}{\sigma\text{♀}}$		$\frac{1}{\text{♀}}$	
						Total. $\frac{14}{12}$	

Parlent en faveur de la forme passive de l'homosexualité : h + (O), hy — (dans ±), p +. Il manque les signes classiques s —, hy —, kO (en dehors du profil 1), d +, m +. Parlent en faveur de la forme active, sadique-anales : le syndrome du sadisme anal : s +, d —!, e — (1. Profil), hy +.

La proportion psychosexuelle est *égalisée* ; il est vrai que les tendances féminines sont plus fortes comparées à la proportion

normale (Dur : Moll = 14 : 12). La pulsion féminine du contact (C : Dur : Moll = 1 : 5) montre la prétention du sujet lors de la recherche de l'objet, de chercher un homme comme s'il était lui-même une femme.

Ces données permettent de poser le diagnostic d'homosexualité au passage de la forme passive vers la forme active. Une analyse factorielle ou vectorielle, cependant, sera vaine, et nous ne nous étonnons pas que David, Orne et Rabinowitz, dans leur travail sur « Qualitative and quantitative Szondi Diagnosis » (3), consacré à la différenciation de 100 épileptiques et de 100 homosexuels manifestes, arrivent à la conclusion qu'il est impossible de distinguer les deux groupes en employant la comparaison statistique des caractères syndromatiques.

Ad b) *La loi du grand nombre*. Le contrôle statistique des résultats rend des services incontestables seulement quand il s'agit d'un groupe d'essais très étendu. On doit exiger presque toujours au moins mille cas. La bibliographie concernant le diagnostic expérimental des pulsions ne dispose que d'un seul travail qui remplisse ce postulat : c'est le livre du psychiatre espagnol Soto-Yarritu, intitulé : « El destino humano como problema científico. Nuestros resultados con la prueba de Szondi. » (4).

M. Soto-Yarritu, directeur de l'hôpital psychiatrique de Pamplona, en Navarre, a, pendant cinq ans, éprouvé la méthode de Szondi sur 2.352 cas. Son procédé de validation comprenait trois démarches.

1° Il a d'abord comparé les résultats obtenus sur 750 Navarrais normaux âgés de 20 à 60 ans avec les résultats autrefois obtenus par Szondi sur 1.000 Hongrois normaux des mêmes âges. Cette comparaison concernait 64 réactions vectorielles ; les résultats sont exposés dans les graphiques des quatre tableaux que voici :

(3) DAVID (H.-P.), ORNE (M.), RABINOWITZ (W.). — Qualitative and Quantitative Szondi Diagnosis. *J. of Projective Techniques*, vol. 17, n° 1, 1953.

(4) *Diputación foral de Navarra. Institucion principe de Viana*, Editorial Gomez, 1953, p. 1-266.

Gráfico comparativo de los resultados obtenidos por Szondi y por nosotros en el
Vector *S*

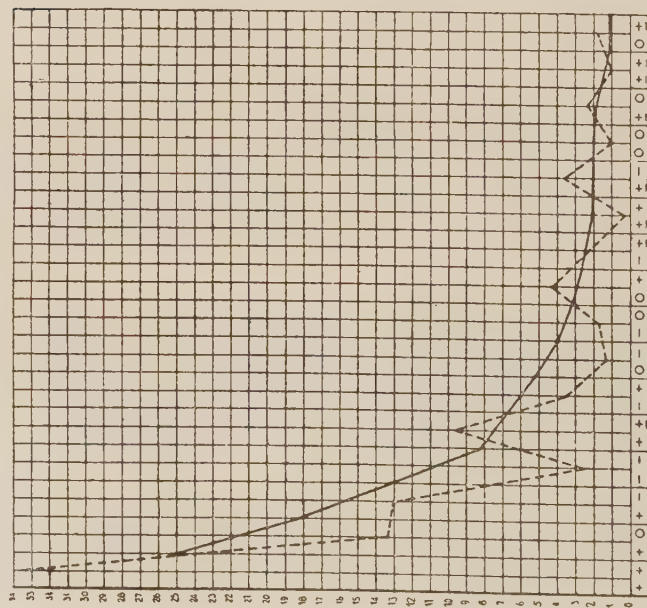


Fig. 56

Szondi
Nosotros

Gráfico comparativo de los resultados obtenidos por Szondi y por nosotros en el
Vector *P*

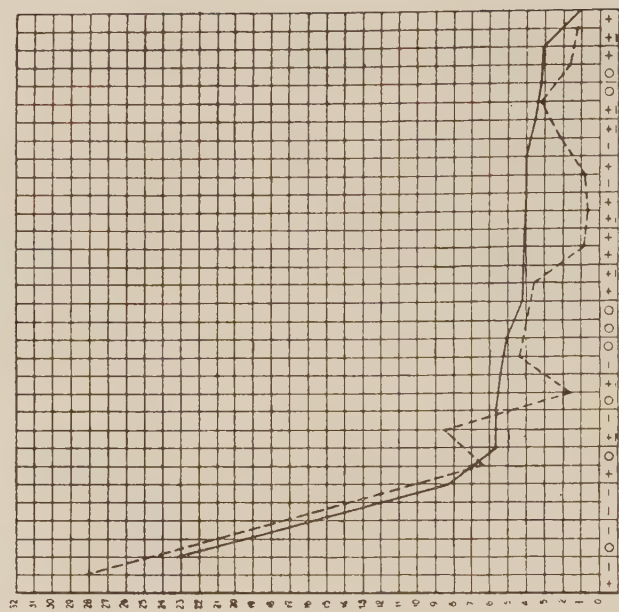


Fig. 57

Szondi
Nosotros

Gráfico comparativo de los resultados obtenidos por Szondi y por nosotros en el
Vector C

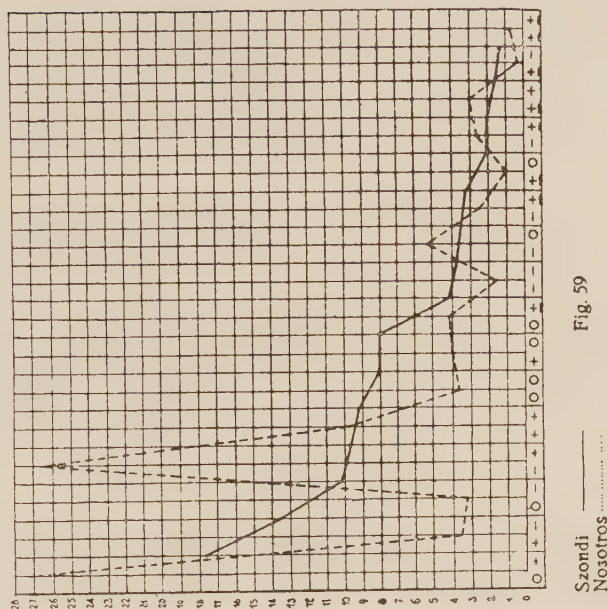
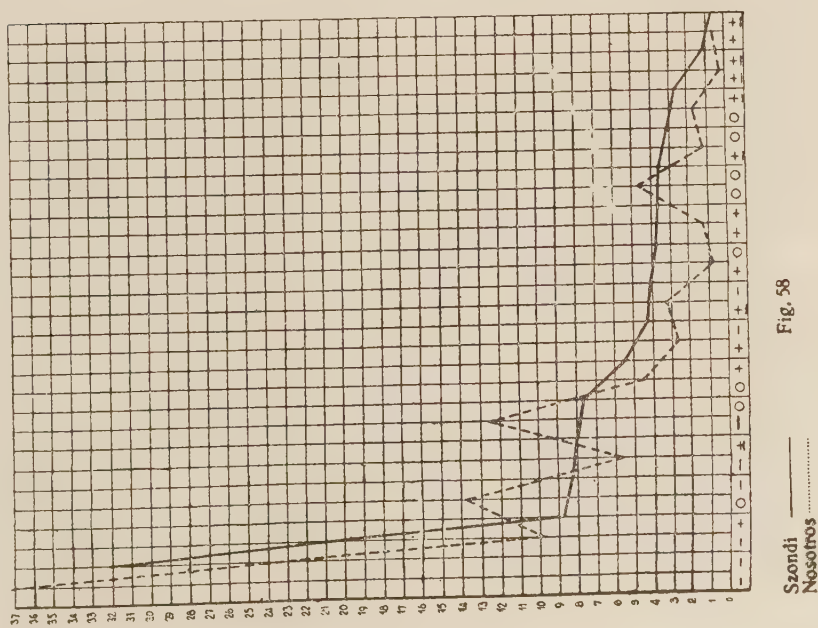


Gráfico comparativo de los resultados obtenidos por Szondi y por nosotros en el
Vector Sch



Il en découle l'enseignement suivant :

a) M. Soto-Yarritu put confirmer les résultats dans 62 sur 64 réactions vectorielles. La fréquence des différentes variations pulsionnelles dans le domaine de la sexualité (vecteur S), de l'affectivité (vecteur P), du Moi (vecteur Sch), et du contact (vecteur C) est la même chez les Navarrais normaux que chez les Hongrois normaux.

b) Dans deux réactions vectorielles du contact se manifesta une différence notable. Ce sont : $C = + -$, donc l'infidélité, l'absence des tendances conservatrices, et $C = - +$, c'est-à-dire la fidélité, le penchant conservateur. Parmi les Navarrais, il y a $2 \frac{1}{2}$ fois plus d'hommes conservateurs que chez les Hongrois. A cela correspond la fréquence moindre des non-conservateurs parmi les Navarrais. Cette trouvaille concorde tout à fait avec les différences de caractères des deux peuples ; ce qui confirme la valeur et la sensibilité du procédé de Szondi. Le nombre des sujets examinés constitue une garantie pour la solidité des résultats.

2° M. Soto-Yarritu a examiné la valeur diagnostique du procédé en l'appliquant à environ quinze cents malades mentaux, criminels et névrosés. Voici sa conclusion :

« En cuanto a su fidelidad consideramos, según nuestra experiencia, que hay de un 10 a un 15 por ciento de resultados (haciendo el « test » completo) que no se ajustan totalmento a la realidad clínica. » (5).

Ce qui veut donc dire : les résultats des examens cliniques et testologiques concordent dans 85 à 90 % de tous les cas.

3° M. Soto-Yarritu, après avoir trouvé les données susmentionnées jusqu'en 1951 en examinant 2.352 cas, continua ses recherches jusqu'à un nombre total de 4.000 cas, et constata finalement que les recherches ultérieures confirmaient les résultats obtenus dans les 2.352 cas. C'est alors seulement qu'il se décida à publier son livre sur la validité du procédé de Szondi (6).

Depuis lors, ces résultats furent confirmés par E. Stumper (Hôpital psychiatrique d'Ettelbrück, Luxembourg) à la suite de l'étude de plus de 200 cas de malades mentaux, de névrosés, de criminels et de psychopathes.

2. L'ANALYSE INDIVIDUELLE DES SYNDROMES

Dans leur travail mentionné plus haut, David, Orne et Rabinowitz ont choisi une autre voie, en dehors de la comparaison

(5) Ouvr. cité, p. 259.

(6) Ouvr. cité, p. 248.

quantitative basée sur des signes diagnostiques isolés ; cette voie, les auteurs l'appellent méthode qualitative pour la distinguer de la méthode statistique. Chaque cas est examiné individuellement selon le procédé Dur-Moll et classé dans un des deux groupes de l'épilepsie ou de l'homosexualité (7). En se basant sur des diagnostics aveugles qualitatifs ils arrivent à la conclusion suivante :

« *When the individual test profiles were coded and submitted for blind diagnosis, it was possible to distinguish between the groups to a significant degree.* »

Grâce à l'analyse qualitative effectuée selon la proposition de ces auteurs, il est possible, jusqu'à un certain degré, de neutraliser les sources d'erreurs provenant du manque d'homogénéité des groupes examinés.

3. LE DIAGNOSTIC AVEUGLE

La voie du diagnostic aveugle pur a été peu employée jusqu'à présent, sans doute parce qu'elle présuppose une connaissance approfondie de la technique d'interprétation du diagnostic pulsionnel.

Le travail de Mignot et Gabel (8) ne comprend malheureusement que 4 cas. L'article de David, Orne et Rabinowitz ne peut être considéré que d'une façon restreinte comme essai de diagnostic aveugle, puisque le but proposé consistait seulement dans la différenciation de deux groupes de maladie ; de plus, une seule méthode (Dur-Moll) fut employée. Il existe en outre un travail plus étendu d'Arnold et Kohlmann, de Vienne (9). Il semble que les auteurs de ce travail ne soient pas spécialistes du diagnostic pulsionnel et que par conséquent les résultats sont douteux.

C'est pour ces raisons que nous avons décidé de publier, dans la seconde partie de notre travail, une quarantaine de cas de diagnostics aveugles appartenant les uns à une série d'essais de L. Szondi et les autres à deux séries d'essais de U. Moser.

Auparavant, il semble utile de jeter un regard sur les condi-

(7) La méthode Dur-Moll (ou majeur-mineur) sert à la détermination des proportions pulsionnelles psychosexuelles (V. L. SZONDI : *Triebpathologie*, Bd. I, 1952, p. 134 ss.).

(8) MIGNOT (H.) et GABEL (J.). — Contribution à la question de la validité du test de Szondi : Quatre analyses aveugles. *Rev. psychol. appl.*, 2, 1952, 39-53.

(9) ARNOLD (O. H.) und KOHLMANN (Th.). — Kritik und Verwendbarkeit des Szondi Testes in der klinischen Psychiatrie. *Wiener Zeitschr. f. Nervenheilkunde u. deren Grenzgebiete*, V, Heft 1, 1952, p. 90.

tions techniques des essais de diagnostics aveugles. Les trois séries ont été exécutées à l'aveugle. Les interpréteurs des tests n'eurent jamais l'occasion de voir les sujets examinés. On leur remit seulement les dix profils de chaque sujet, avec la date de l'admission et l'indication de l'âge, du sexe et parfois de la profession du sujet. A propos de chaque cas un rapport individuel fut rédigé, contenant le diagnostic clinique probable sous une forme synthétique. Les sujets examinés se recrutaient parmi toutes sortes de groupes de malades, de personnes normales et de personnes sublimées. Dans aucun cas le testeur ne savait s'il s'agissait d'une personne normale ou d'une personne malade, circonstance qui augmentait de façon considérable les difficultés du diagnostic.

Les diagnostics élaborés sur la base des tests furent comparés avec les observations cliniques ou avec les protocoles des cas traités par la psychanalyse ; ce travail de comparaison fut effectué en commun par l'examineur des tests et par le psychiatre. Grâce à ce procédé on pourrait, semble-t-il, obtenir un maximum d'exactitude et de rigueur. En effet, le diagnostic aveugle mérite une place à part parmi toutes les méthodes de validation. L'expérience montre cependant que des facteurs subjectifs continuent à jouer un grand rôle.

II. Les essais de diagnostic aveugle comme moyen d'épreuve de validation

1. LES SUJETS AYANT SERVI A L'EXPÉRIENCE

L'ensemble des 40 cas comprend trois séries d'essais :

a) Série du D^r L. Szondi (cas 1-12). Cette série fut examinée en 1950 en collaboration avec la clinique psychiatrique de Tübingen (Professeur Kretschmer).

b) Série du D^r U. Moser (cas 13-22), cas qui, en 1953, furent interprétés à l'occasion d'un examen de diplôme d'expert en matière de diagnostic expérimental des pulsions, les cas examinés provenaient de la pratique thérapeutique du D^r Szondi, et en partie de différents établissements psychiatriques.

c) Série du D^r U. Moser (cas 23-40). Cette expérience eut lieu en 1950, à la clinique psychiatrique « Burghölzli », à Zürich, avec la collaboration du D^r H. K. Knoepfel, chef de clinique de cet établissement (10).

(10) Que tous les participants à cette épreuve veuillent trouver ici nos remerciements très cordiaux tant pour la prise des profils que pour l'établissement des observations cliniques.

Quant aux séries *a)* et *c)*, leur interprétation n'a pu tirer profit des méthodes nouvelles, telles que les méthodes majeur-mineur, avant-scène et arrière-plan, méthodes qui à cette époque se trouvaient dans leur phase expérimentale. Ces deux méthodes permettent un diagnostic plus fin.

Les trois séries furent examinées selon les principes déjà énoncés du diagnostic absolument aveugle. On s'est borné à relever qu'une détermination du niveau de l'intelligence n'est pas possible au moyen du test (les débiles mentales sont donc à éliminer) et qu'en ce qui concerne les cas de lésions cérébrales, nous ne disposons pas encore du matériel nécessaire en fait de syndromes, ce qui équivaut à dire qu'à ce point de vue nous nous trouvons en pleine obscurité.

Les essais sub 1 et sub 3 avaient pour but de démontrer les possibilités d'application du test de Szondi en clinique psychiatrique ; on reléguait à l'arrière-plan la compréhension du dynamisme pulsionnel individuel des personnes examinées. Nous nous déclarâmes d'accord avec cette définition des buts, parce qu'en général on émet beaucoup moins de doutes au sujet de la valeur du diagnostic pulsionnel en ce qui concerne la structure de la personnalité qu'au sujet de son utilité en matière de diagnostic clinique. Cette opinion, il faut l'avouer, a du vrai. Le test de Szondi montre, en premier lieu, la dynamique personnelle des pulsions et du moi. *Le diagnostic clinique, à son tour, ne peut être établi, qu'en se servant du détour que constitue l'exposé de la dynamique personnelle.* Chaque donnée fournie par le test doit être « repensée sous une autre forme », repensée en fonction des désignations cliniques qui forment la base des observations cliniques. C'est ainsi que l'analyse du destin distingue des syndromes (comme par exemple celui du syndrome paroxysmal) qui en psychiatrie classique ne sont même pas connus et qui pour cette raison doivent être autrement circonscrits (par exemple comme psychopathie explosive, irritable, ou comme caractère épileptoïde).

Les tableaux qui suivent résument les points de comparaison entre les résultats fournis par les tests d'une part et les diagnostics cliniques principaux d'autre part (11).

(11) Le cas 6 du tableau est identique avec le cas 14 ; de même que le cas 9 avec le 13. Ces deux cas ont été employés une seconde fois dans la série de U. Moser. Ceci n'influe en rien sur la statistique, puisque l'expérimentateur ne connaissait pas les cas.

CAS	SEXE	DIAGNOSTIC CLINIQUE	DIAGNOSTIC PAR LE TEST	OBSERVATIONS
1. Etud. en philo s., 20 ans.	♀	Personne actuellement saine au point de vue psychique. Predisposition à la dépression, inhibition de la volonté.	I. Personne normale. Humanisation du type hellénique : langue, religion, art, philosophie. II. Predisposition à l'inhibition de la volonté, à la dépression, besoin d'ostentation refoulée (orgueil refoulé).	
2. Employé d'administration, 32 ans.	♂	I. A eu des convulsions comme enfant. II. Tendance à la masturbation, fantasmes sexuelles et perverses. III. S'accuse de détournement. IV. Auto-accusations. V. 1) Admission : schizophrénie paranoïde et hallucinatoire. 2) Admission : dépression, psychose mixte.	I. Dipsomanie, équivalents paroxysmaux. II. Anomalie sexuelle (métatropisme). III. Acte antisocial (escroquerie, détournement, imageries ou réels) avec IV. Anxiété de culpabilité et peur d'être puni. V. Dépression paranoïde avec symptômes paranoïdes et dépressifs.	
3. Organiste, 29 ans.	♀	Phase hypomaniaque chez une malade maniaque dépressive.	Symptômes manifestes avec agitation et déséquilibre psychique sur la base d'une schizophrénie (manie paranoïde).	L'observation clinique montre des traits paranoïdes nets
4. Cultivateur, 17 ans.	♂	S'est sauvé sans motif de chez lui, sur « ordre divin ». Etats crépusculaires, intelligence bornée, entend des voix et voit Dieu devant lui.	I. Crises épileptiformes. II. Déséquilibre (manque de soutien, instabilité), portomanie. III. Débilité mentale, états crépusculaires.	Le diagnostic par le test ne révèle pas les traits paranoïdes.
5. Aide pédagogique, 19 ans.	♀	Forme hétérophrénique de la schizophrénie, avec négativisme, idées d'interprétation sensitive, attitude catatonique, phénomènes obsessionnels. A subi une cure par les électrochocs.	Poussée schizophrénique juvénile, év. préschizophrénie qui pourra prendre plus tard une forme obsessionnelle ou catatonique. Admission probablement postérieure aux électrochocs.	
6. Ouvrier forestier, 29 ans.	♂	Epilepsie essentielle avec altération de la personnalité, état crépusculaire épileptique, postparoxysmal. Etats paroxysmaux agressifs (hérédité : alcoolisme).	I. Réactions associées, resp. antisociales. Syndromes du meurtre affectif. II. Réactions affectives paroxysmales, sous forme de crises, épileptiformes. III. Predisposition à la dipsomanie.	

CAS	SEXE	DIAGNOSTIC CLINIQUE	DIAGNOSTIC PAR LE TEST	OBSERVATIONS
7. Infirmier.	♂	Délire d'interprétation sensitive (Kretschmer).	Prédisposition paranoïde. Ne fut pas interprété pendant la prise du test à cause de la convulsivité rapide.	
8. Veuve, 37 ans.	♀	Schizophrénie paranoïde hallucinatoire avec dépression et avec idées mystiques et de persécution. Amélioration après électrochocs.	Hypochondrie psychotique. Dépression. Anxiété d'interprétation sensitive. Paraphrénie, mélancolie.	
9. Ménagère, 42 ans.	♀	Schizophrénie paranoïde ou paranoïaque revendicatrice.	Jalousie pathologique, délire de jalousie ou paranoïde de forme revendicatrice (querulante). Idées hypochondriaques, mystiques. « Un manteau circonféculaire cache la composante paranoïde. »	
10. Employé commercial, 23 ans.	♂	Schizophrénie paranoïde avec idées d'interprétation.	Schizophrénie paranoïde, homosexualité latente.	
11. Ramoneur, 66 ans.	♂	Dépression endogène querelleuse chez un artériosclérotique cérébral.	I. Schizophrénie tardive catatonique. II. Psychose organique. III. Agressivité.	La syndromatique des psychoses organiques n'est pas encore établie.
12. Ouvrière d'usine.	♀	Schizophrénie paranoïde (peur de mettre au monde un enfant épileptique, accès de fureur, peur d'être assassinée). Idées dépressives de péché et de culpabilité.	I. Symptômes anxieux dépressifs. II. Symptômes paroxysmaux à forme de crise. III. Symptômes paranoïdes. Diagnostic principal : dépression paranoïde avec explosions périodiques.	
13. Ménagère, 42 ans.	♀	Paranoïa querulans. Délire de jalousie.	Mélange de symptômes névrotiques et de déséquilibre psychopathique, idées d'interprétation sensitive, jalousie.	
14. Ouvrier, 29 ans.	♂	Epilepsie essentielle avec accès d'agressivité brutale paroxysmale. Disposition familiale à la dipsomanie.	Dipsomanie. Violences paroxysmales, équivalent épileptique.	

CAS	SEXE	DIAGNOSTIC CLINIQUE	DIAGNOSTIC PAR LE TEST	OBSERVATIONS
15. Chimiste, 43 ans.	♂	Métatropisme pervers sadomasochistique, trouble du moi consécutif. Nudisme. Possibilité d'une schizophrénie paranoïde.	Perversion. Sadisme avec disposition à l'homosexualité passive et à l'exhibitionnisme, possibilité d'idées d'interprétation paranoïde.	
16. 31 ans.	♀	Psychopathe (≡ sujet anormal) sans frein sexuel, hystérique, mythomane, symptômes maniaques-dépressifs à traits schizophréniques. Lors du test sans psychose. Voleuse.	Psychopathe sans frein sexuel, instable, besoin d'ostentation, mythomane, bordonland de la psychopathe dans le sens d'une psychose latente, actuellement traits dépressifs ; criminelle.	
17. 30 ans.	♂	Curé épileptique ; l'épilepsie a disparu. Etant jeune, amour homosexuel. Impuissance comme équivalent épileptique. « L'hystérie est contenue, mais se trouve dans l'identification féminine ». En imagination : sans frein sexuel, sadique, nostalgie de boue.	Homosexualité latente, parée de : 1° crises paroxysmales (épilepsie) ; 2° inflation paranoïde, juvénile (possibilité psychotique) ; 3° mécanismes hystériques ; 4° déséquilibre, absence de frein et de soutien, instabilité.	
18. G a r ç o n, 11 ans.	♂	Trouble névrotique du développement. Querelleur par jalousie. Autfois, vol. Gonfle d'importance. Problèmes de masturbation. Comportement précipité.	Trouble névrotique du développement, négativiste et agressif par jalousie. Problèmes de masturbation. Comportement de contact agité. Troubles en mangeant (hate), onychophagie (?).	
19. Fillette, 10 ans.	♀	Type hystérique. Arcs d'angoisse après avoir volé. Onychophagie. Voleuse et escroqueuse. Pas de difficultés à l'école.	Névrose infantile à symptômes hystéroïdes, paroxysmaux et phobiques. Syndrome polymorphe. Difficultés probables à l'école.	Diagn. principal exact, différenciation incomplète.
20. Médecin, 35 ans.	♂	Hypochondrie grave. La composante paranoïde est contenue par la contrainte. Phobies de maladie, psychasthénie. Pas de délits d'argent, pas de toxicomanie. Séjourne depuis des années dans des sanatoria, a abandonné subitement sans motif sa pratique.	Homosexuel latent, pervers et masochiste. Danger paranoïde, mais pas de syndrome schizophrénique. Grave névrose phobique hypochondriaque à traits schizoïdes. Toxicomanie prête à éclater. Délits d'argent ? Impulsions à abandonner sa position sociale.	

Cas	Sexe	DIAGNOSTIC CLINIQUE	DIAGNOSTIC PAR LE TEST	OBSERVATIONS
21. Femme de 37 ans.	♀	Jusqu'au mariage, rapports homosexuels manifestes. Après mort du mari, reprise de l'homosexualité. Phases paranoïdes, idées d'interprétation ; conductrice de psychoses maniaque, dépressive et paranoïde. Homosexuelle, sadomasochiste.	Sublimée partiellement, se trouve à la limite de la schizophrénie et de la mélancolie. Homosexualité latente. Union dualistique masochiste.	On ne peut dire avec certitude si l'homosexualité est latente ou manifeste.
Etudiante, 19 ans.	♀	Tendances paranoïdes latentes avec symptômes obsessionnels. Trichotylomanie (envie du pénis), troubles de la concentration ressemblant à des absences. Penchant à l'onanisme (frère épileptique). Etudes non terminées, a peur d'affronter l'examen.	Névrose paranoïde à idées négalomaniaques, équivalents paroxysmaux, manifestes. Comportement hypomaniaque-narcissique (envie du pénis). Empêchement et retard de la fin des études. Sexualité pas mûre, onanistique.	
23. 42 ans.	♀	Débilité mentale. Autrefois, sans frein sexuel. Schizophrénie greffée sur la débilité. Cure aux chocs électriques.	N'aurait pas dû être soumis au test : 1° à cause de sa débilité ; 2° à cause de la cure aux électrochocs. Diagnostic par les tests : personnage anormal (psychopathe), instable, sans frein sexuel, infantile.	
24. 45 ans.	♀	Schizophrénie paranoïde à déficit marqué.	Schizophrénie paranoïde, dépressive ; év. ivrognerie.	
25. 68 ans.	♀	Schizophrénie tardive, forme paranoïde.	Schizophrénie tardive, év. sur une base organique.	
26. 57 ans.	♂	Revendicateur (querulant) à idées délirantes, probable Schizophrénie. Violent, irritable, d'humeur difficile.	I. Psychopathie épileptiforme, à tendances destructives. II. Violence infantile. III. Querulance paranoïde, probablement pas schizophrénique.	
27. 55 ans.	♀	Schizophrénie paranoïde.	Schizophrénie paranoïde.	
28. 55 ans.	♀	Psychose maniaque-dépressive. Phase dépressive au déclin.	Psychose maniaque-dépressive. Passage de la dépression à la manie.	
29. 24 ans.	♂	Hébéphrénie chronique, autrefois un peu paranoïde, excessivement naïve. Infantile, anxieux, sensitif à faire prévoir la psychose.	Schizophrénie, év. état limite, infantile et paranoïde.	
30. 44 ans.	♀	Schizoïdie prépsychotique. Schizophrénie paranoïde.	Schizophrénie instable, sensitive, paranoïde. Ev. paranoïa d'involution.	
31. 36 ans.	♀	Schizophrénie catatonique.	Schizophrénie à excitation maniforme.	

CAS	Sexe	DIAGNOSTIC CLINIQUE	DIAGNOSTIC PAR LE TEST	OBSERVATIONS
32. 39 ans.	♂	Autrefois, inintelligent, mais effacé. Alcoolisme chronique, avec altération de la personnalité chez un débile instable.	Infantilisme psychosexuel avec toxicomanie grave, alcoolisme.	
33. 40 ans.	♂	Caractère mou, instable, mais désirant jouer un rôle, d'une intelligence moyenne, tendances aux dépressions réactives et aux tentatives de suicide, réactions anxieuses.	Etats de névrose d'angoisse et hypochondrie. Hystérie anxieuse, incapacité de travail par psychasthénie.	
34. 26 ans.	♂	Névrose de caractère infantile, asthénique. Tendance aux réactions à court-circuit. Tenta de tuer au revolver son ami, dans un état affectif, paroxysmal. Fort besoin de relations. A la guerre : accablent à la suite d'un accès de claustrophobie. Dépression cérébrale.	I. Caractère infantile. II. Névrose phobique. III. Peur de perdre l'objet. Jalousie pathologique. IV. Danger de schizophrénie.	La nouvelle technique d'interprétation aura permis de déceler la dépression.
35. 34 ans.	♂	Epilepsie essentielle, état crépusculaire passé, pas de toxicomanie, pas d'idées de suicide. Troubles vasomoteurs (céphalées).	I. Psychopathie épileptoïde ou épilepsie (troubles vasomoteurs). II. Dépression et penchant au suicide. III. Personnalité sadomasochiste à perversion latente.	
36. 20 ans.	♂	Prépsychotique, négligé, instable, menteur, voleur. Depuis 13 ^e année, épilepsie, ou bien essentielle ou bien post-traumatique. Débilité mentale.	I. Comportement instable, intelligence au-dessous de la moyenne, syndrome manifeste. II. Syndrome paroxysmal, épileptoïde, év. épilepsie.	A la suite d'un « rate » d'interprétation l'examinateur conclut à la manie (diagnostic principal faux).
37. 23 ans.	♂	Psychopathe anémotif, instable, schizoïde. Traits de névrose. Intérêts infantiles. Fétichisme et transvestitisme.	Psychopathie instable à penchant porionmaniaque, mégalomanie juvénile. Disposé à la toxicomanie.	Le test ne permet pas de déceler la sexualité.
38. 26 ans.	♂	Alcoolisme chronique, sujet intelligent, caractère mou et instable. Gaspillage.	Embarras financier. Probablement psychose paranoïde avec disposition à la toxicomanie.	
39. 30 ans.	♂	Psychopathe (personnalité anormale) infantile, instable et sans volonté, névrosé à tendances homosexuelles et bégaiement.	Psychopathie instable. Homosexualité latente. Troubles de l'élocution. Prédisposition à la toxicomanie.	
40. 39 ans.	♀	Psychopathe instable, hystérique, légère, voleuse.	I. Psychopathie instable à base schizoïde-dépressive. II. Vol et détournement. III. Ev. toxicomanie.	

Dans les cas 11, 14, 36, il y a eu des diagnostics complètement faux. Les diagnostics des cas 4, 13, 23, 34, 38 sont à moitié exacts, c'est-à-dire exacts quant à certains syndromes partiels. Ce qui, avec 5,5, erreurs d'un total de 40 diagnostics, donne un pourcentage de 86 diagnostics exacts. Le manque de place nous force à renoncer à une analyse détaillée des erreurs commises. Voilà pourquoi nous nous livrons tout de suite à la discussion des résultats.

2. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Après avoir éliminé toutes les sources d'erreurs d'origine personnelle, il reste toujours des différences qui ont leur racine dans les conceptions variées concernant le but des méthodes de psychodiagnostic, dans les conceptions enfin touchant la maladie mentale.

A) *Diagnostic expérimental des pulsions comme expression de processus inconscients et dynamiques*

On oublie toujours que le test de Szondi est *un porte-voix de l'inconscient personnel* et familial et *qu'il se sert de la fonction de choix que possède l'inconscient*. Les profils pulsionnels obtenus par le test ressemblent à une inscription par « notes » de la vie pulsionnelle, inscription qu'il s'agit de déchiffrer. C'est à cet état de choses que la méthode du test doit s'adapter. Il ne convient pas de traiter le test de Szondi en test de prestation, d'efficiencé, de capacité ; mais il est faux aussi d'aborder ce test par le truchement des critères phénoménologiques. Le diagnostic expérimental des pulsions est un test pulsionnel. En conséquence, la question de la satisfaction ou de la non-satisfaction de besoins pulsionnels domine toutes les autres. Une question concernant l'inconscient est un problème important du point de vue psychologique, mais ce n'est pas l'affaire de la doctrine des pulsions. Une constellation pulsionnelle rendue visible par le test peut être consciente ou inconsciente. En principe, il faut toujours compter avec la possibilité que la réponse du test concerne des matières inconscientes et qu'effectivement cela arrive dans la plupart des cas. Il faut donc toujours, lors de l'interprétation d'un test, tenir compte des critères de l'inconscient (12).

(12) Freud, dans son travail « L'inconscient » (Tomé XII, Imago, Londres), signale les principes suivants de l'inconscient : 1° l'inconscient ne peut être déterminé quant au temps ; 2° quant à ces contenus il manque de contradictions ; 3° il dépend d'une instance de censure ; 4° il est sous la

1) Les ensembles de faits rendus visibles grâce au test de Szondi ne peuvent être que difficilement précisés quant à leur localisation dans le temps. L'axe du temps fait défaut dans l'inconscient. Ce qui veut dire que la constellation inconsciente qui apparaît dans le test (par exemple le syndrome de l'assassin) peut être l'expression d'une attitude en voie de disparition ou déjà passée ; elle peut indiquer une action future ou (comme presque toujours) conditionner une manifestation actuelle. Comme, en particulier, l'inconscient familial est capté, des possibilités de destin suprapersonnelles, familiales peuvent apparaître (voir l'analyse du cas 14 : la dipsomanie était une disposition familiale qui jusqu'alors ne s'est pas manifestée comme maladie individuelle). Quant à la détermination de ce qui se manifeste réellement et actuellement parmi les contenus rendus visibles par le test, elle exige une technique d'interprétation très subtile. Deux méthodes ont été développées par Szondi, méthodes servant à déterminer de plus près le passé, l'avenir et le présent. Ce sont l'interprétation des proportions de latence et celle de l'avant-scène et de l'arrière-plan.

2) Le principe de l'absence de contradiction n'est valable, selon l'analyse du destin, que pour l'inconscient personnel. Dans l'inconscient familial au contraire nous trouvons des contradictions coexistantes qui, *a priori*, donnent une grande complexité au tableau clinique. Le tableau clinique unitaire est une abstraction psychologique : si un tableau de ce genre se présente, il s'agit d'un cas pathologique exceptionnel. Ces contradictions coexistantes du devenir pulsionnel ne peuvent être saisies d'une façon adéquate qu'au moyen des méthodes dialectiques.

B) *Notion de la maladie considérée du point de vue psychiatrique et du point de vue de l'analyse du destin*

Il est toujours difficile de faire concorder le système de classification en usage en psychiatrie classique formelle avec les données fournies par les recherches dues à la psychologie des profondeurs. Un certain nombre de désignations cliniques (dépression, neurasthénie, psychasthénie, névrose d'angoisse, hypochondrie, formes criminelles) attendent toujours leurs définitions définitives. Le diagnostic clinique est surtout descriptif. Il part du

domination du principe du plaisir ; 5° les contenus sont mobiles. Ceci rend possible un déplacement de quantités d'énergie, d'où se déduisent les phénomènes du déplacement et de la condensation. Quant à notre sujet, seuls les principes 1 et 2 ont de l'importance.

tableau clinique actuel et se fait sur la base des symptômes présents au moment de l'exploration. Il est vrai que l'histoire du malade est mise à contribution, mais d'une façon incomplète et la plupart du temps dans le but de confirmer un diagnostic unitaire.

Quant aux processus psychodynamiques qui agissent derrière le tableau clinique d'une maladie, ils sont rarement captés.

Il est étonnant que la loi fondamentale biogénétique de Johannsen (13) soit si peu observée en psychopathologie.

L'analyse szondienne du destin est d'avis (en marchant ainsi dans la voie inaugurée par la psychanalyse) que l'étude exclusivement phénoménologique, quelque différenciée qu'elle soit, conduit, en psychopathologie, à une psychiatrie de « surface », de « conscience », qui méconnaît l'essentiel de la maladie, à savoir sa dynamique et son caractère de processus. « L'analyse du destin, dit à ce sujet Szondi, considère l'homme non pas à partir de la pensée statique, mais à partir du devenir dialectique. Dans chaque être humain elle ne voit pas l'être morphologique, l'ontologie statique, mais la genèse fonctionnelle, la dialectique toujours en mouvement et la perspective future du devenir dynamique. » (14).

Une maladie mentale est, de l'avis de l'analyse du destin, *un trouble de la dialectique des pulsions et du moi*. Quant aux dérangements des fonctions de la conscience, du comportement social et affectif, ce sont des conséquences secondaires de la dynamique pulsionnelle des arrière-plans. L'analyse du destin étudie la maladie mentale en employant un autre chemin que la psychiatrie formelle : elle choisit la route « par en bas », elle cherche le point de départ dans la dynamique inconsciente des pulsions et du moi. *Alors que la psychiatrie formelle s'efforce, dans chaque cas particulier, de parvenir à un diagnostic monofactoriel autant que possible unitaire et aussi constant que possible quant au temps, l'analyse du destin voit dans chaque homme une suite de possibilités de destinées et de maladies*. Elle cherche au contraire à desserrer le diagnostic unitaire, étant d'avis qu'un tel diagnostic constitue une exception en psychopathologie, exception typique et possible seulement dans les phases terminales et

(13) JOHANNSEN (W.). — *Elemente der exakten Erblichkeitslehre*, 1909, p. 130.

Le même phénotype peut être ramené à plusieurs génotypes, le même génotype peut se manifester par plusieurs phénotypes. Par phénotype on entend les manifestations, le syndrome d'une maladie psychique, par génotype on entend la dynamique qui est à la base de la maladie, la racine de la maladie.

(14) SZONDI (L.). — *Triebpathologie*, Bd. I, p. 30.

stagnantes de maladies. Lorsqu'un diagnostic psychiatrique doit être modifié plusieurs fois (ce qui vaut toujours mieux que de le maintenir d'une façon rigide), on doit considérer cela comme le signe d'un premier examen insuffisant. On a oublié d'explorer les possibilités latentes de maladie qu'hébergeait le sujet, et l'on s'est contenté du syndrome présent à l'heure de l'examen. Les principes suivants doivent être observés, si l'on veut obéir à la conception szondienne, lors de l'élaboration d'un diagnostic psychopathologique.

a) *Le principe des possibilités de destinée*

Le diagnostic expérimental des pulsions rend palpables des possibilités du destin des pulsions. Le tableau clinique observé est l'expression du fait qu'une possibilité du destin se manifeste, préformée dans l'inconscient. Que signifie l'introduction en psychopathologie du terme *destin* ? Afin d'échapper à la détermination somatique unilatérale (comme en génétique par exemple) de la maladie mentale, afin aussi de ne pas s'abandonner exclusivement à la psychologie des pulsions et du moi psychologique, uniquement préoccupée de psychisme (et négligeant les facteurs somatiques et géniques), il fallait chercher un principe plus universel qui laissât la voie libre à toutes sortes de facteurs déterminants : aux gènes, aux pulsions au moi, mais qui de prime abord embrassât aussi les rapports avec la société et avec l'esprit.

Considéré schématiquement un tableau clinique apparaît à l'analyse du destin comme formé par :

- 1) un danger pulsionnel spécifique ;
- 2) un mécanisme de défense spécifique ;
- 3) des symptômes déterminés (sorties de secours, soupapes de sûreté) qui résultent de la dialectique entre danger pulsionnel et mécanisme de défense.

Prenons un exemple : dans la schizophrénie paranoïde (avec délire de persécution comme symptôme principal) nous trouvons comme danger pulsionnel l'homosexualité passive (15), comme principal mécanisme de défense la fonction de projection du moi, comme symptômes du délire des hallucinations ou des décharges

(15) Les résultats que donne le diagnostic pulsionnel chez les schizophrènes paranoïdes confirment entièrement les rapports déjà relevés par Freud, dans le cas Schreber, entre l'homosexualité et la psychose paranoïde. (FREUD (S.) : *Observations psychanalytiques au sujet d'un cas de paranoïa décrit dans une autobiographie*, Tome VIII, Imago, Londres).

pulsionnelles (telles que agression ou analité). Les sorties de secours et les symptômes sont, en général, des plus variables et souvent susceptibles d'être échangés. Leur diagnostic au moyen du test est très difficile, la plupart des faux diagnostics sont dus à cette circonstance. L'analyse des proportions de latence peut signaler la nature spéciale des soupapes, en particulier les pulsions placées au troisième ou quatrième rang de la proportion.

Ce n'est que dans de rares cas, dans des cas qu'on appelle les cas cliniquement purs, qu'un tableau clinique s'explique au moyen de ce simple schéma. La plupart du temps il s'agit d'hommes qui ne peuvent plus se libérer des entraves de la maladie et qui se figent dans cette possibilité du sort. Le *processus* morbide se transforme alors en *état* morbide. Prenons comme exemple le cas 39 (alcoolique chronique âgé de 39 ans). Les profils du test qui incarnent pour ainsi dire des possibilités particulières du destin, sont remarquablement monotones ; cet homme ne peut plus choisir que d'une seule façon.

Nr.	S		P		Sch		C	
	h	s	e	hy	k	p	d	m
I.	±	±	±	O	O	O	±	±
II.	+	+	—	—	—	—	—	O
III.	+	O	—	—	—	O	±	+!
IV.	+!	O	—	—	—	—	±	+
V.	+!	O	—	—	—	—	—	+!
VI.	+!!	O	—	—	—	—	±	+
VII.	+!!	O	—	—	—	—	±	+
VIII.	+!	O	—	—	—	—	±	+!
IX.	+!	O	O	—	—	—	—	+!
X.	+!	O	—	—	—	—	±	+

De tels cas sont la minorité et trahissent un raidissement de la personnalité. Le plus souvent il y a un danger pulsionnel plurifactoriel ou un mécanisme de défense plurifactoriel ou — cas le plus fréquent — un syndrome plurifactoriel. Ce principe nous l'appelons : *principe de la définition plurifactorielle de la maladie psychique*.

Si un danger pulsionnel déterminé s'accouple avec certains mécanismes de défense et certains symptômes, on parle d'une *forme de destin* ou d'une *possibilité de destin*.

La plupart du temps l'homme héberge en lui plusieurs possibilités du sort. Lesquelles sont réalisées, c'est ce dont décide sa structure héréditaire. Les différentes possibilités du destin alternent selon un rythme individuel, elles peuvent se relayer,

parfois aussi se dérouler simultanément l'une à côté de l'autre. Dans le premier cas nous trouvons un diagnostic clinique sans cesse changeant, dans l'autre cas un tableau mixte.

Le diagnostic pulsionnel s'efforce de rendre visibles autant de possibilités du destin que possible, en recourant à de nombreuses prises de profils et à la méthode récente des profils complémentaires. C'est l'un des nombreux motifs qui ont conduit à l'introduction de dix profils. Il est clair qu'on saisit par le test des possibilités du destin qui actuellement ne sont pas clairement visibles du point de vue phénotypique, mais qui se sont manifestées dans le passé ou se manifesteront dans l'avenir.

Le cas 34 de notre série d'essais montre ce fait très nettement. Le diagnostic clinique actuel est celui de dépression carcérale. Celle-ci éclata juste avant la détention. Le seul facteur constant du diagnostic est le caractère infantile du sujet. A l'âge de 18 ans, au cours de la guerre, il cause, en char d'assaut, un accident, dû à une claustrophobie. Plus tard, après disparition de la phobie, il tenta de tuer au revolver son amie dont il était jaloux. Au moment d'entrer en prison il eut une dépression. Chronologiquement, les tableaux cliniques changent : claustrophobie, acte de jalousie, dépression carcérale... Que faut-il donc considérer comme diagnostic clinique principal ?

Voici les dix profils du jeune homme.

Normalprofil

Nr	Datum	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Ich - Bild	
		h	s	e	hy	k	p	d	m					
1		+	+	0	-	-	+	0	-					
2		+	+	-	-	-	0	-	0					
3		+	+	0	-	-	0	+	0					
4		+	+	+	-	-	0	-	0					
5		+	+	+	-	-	-	0	0					
6		+	+	+	-	-	-	0	0					
7		+	0	+	-	-	-	+	0					
8		+	+	0	-	0	-	-	0					
9		+	+	+	-	0	-	-	0					
10		+	0	+	-	-	-	0	0					
Σ 0		0	2	3	0	2	3	4	9	23		Σ 0		
Σ ±		0	2	2	0	0	1	0	0	5		Σ ±		
Tend. Sp. Gr.		0	4	5	0	2	4	4	9	28		Σ %		

m_9^0			
e ₅	p ₄	s ₄	d ₄
k ₂	hy ₀	h ₀ ⁺	

$$\frac{\text{Phy}^-}{5} : \frac{\text{Cd}^-}{5} : \frac{\text{Sh}^+}{4} : \frac{\text{Sch}^-}{2}$$

Triebklasse: $\text{Phy}^-, \text{Cd}^-$

Les profils théoriques complémentaires :

Theoretische Komplementärprofile

Nr	S		P		Sch		C	
	h	s	e	hy	k	p	d	m
1	-!!	~	±	+	+	0	±	+
2	-!	-!	+	+	+	±	+	±
3	-!!!	~	±	+	+	±	-	±
4	-!!!	-	0	+	+	±	+	±
5	-!!	0	-	+	+	+	±	±
6	-!!!	~	0	+	+	+	±	±
7	-!!!	±	-	+	+	+	-	±
8	-!!!	0	±	+	±	+	+	±
9	-!!!	-	-	+	±	+	+	±
10	-!!!	±	-	+	+	+	±	±

La claustrophobie, comme possibilité du destin, n'est plus visible dans le test, si on fait abstraction de la proportion de latence (Classe Phy —). Il l'a sans doute abandonnée. Les constellations de la jalousie et du meurtre passionnel se trouvent au profil 1 : h + ! ! avec m —, Sch — ± (syndrome de la jalousie) ; m — p — eO k — ! (syndrome du meurtre passionnel). Dans les profils suivants ce syndrome disparaît pour faire place à un autre, c'est-à-dire au syndrome hétérophrénique (PO —, SchO —, Classe Phy —, images spéculaires dans le vecteur du moi : Sch = O —, Sch = — O ; de plus hy — k — ! p — ! s + h + ! ! dO mO). Cette possibilité future du destin est cliniquement jusqu'à présent invisible (et elle peut donc être considérée comme faux diagnostic jusqu'à preuve du contraire). Où peut-on apercevoir la dépression carcérale ? Elle ne fut pas mentionnée dans le diagnostic par le test, parce qu'à cette époque-là nous n'utilisions pas encore la méthode de l'avant-scène et de l'arrière-plan. Aujourd'hui nous pouvons très bien expliquer, par le test, pourquoi la détention déclencha une dépression. La dépression se trouve à l'arrière-plan, parmi les profils théoriques complémentaires : s — e — hy + k + ! (pO) d + (±) m ± (+) ; de plus, il y a la classe pulsionnelle Cd +, —, Phy —, (biéquale). La réaction du choc du début de la détention a provoqué ici un retournement de l'avant-scène et de l'arrière-plan. La disposition dépressive, auparavant restée latente, a fait son apparition. Le fait qu'au moment de la prise du test la dépression diminue pour un temps assez court

(s'il n'en eût pas été ainsi, on n'aurait pas pu expliquer le test) prouve que la dépression peut redevenir latente et qu'elle le sera. Toute situation vitale ayant le caractère d'un choc est capable d'opérer une transformation de la personnalité du genre décrit. Si nous avons alors connu l'utilisation de l'arrière-plan, la dépression aurait été à peine pu être méconnue.

Un autre exemple appartenant à nos archives montre quatre possibilités du destin, présentes toutes les quatre dans une série de profils. Il s'agit d'une femme de 30 ans, dont nous possédons 5 profils.

	S		P		Sch		C	
	h	s	e	hy	k	p	d	m
1.	O	+	+	O	—	+	+	+
2.	—	—	±	O	—	+	O	+
3.	—	—	±	O	—	+	O	+
4.	±	—	±	+	±	+	O	O
5.	O	O	±	±	O	+	O	±

Les profils furent interprétés à l'aveugle, comme exemple d'exercice, pendant un cours destiné à des élèves plus avancés.

Quatre possibilités du destin furent jugées possibles qui pendant une courte période de temps se sont succédé (tous les profils furent pris au cours d'un mois).

1) Hystérie de conversion avec accès d'agression hystérique et comportement exhibitionniste. Cette possibilité du destin se trouve au profil 1. (L'hystérie de conversion ressort de $Sch = - +$, $hy = O$, $C = ++$, $S = O + !$. Les accès d'agression sont dus visibles par $s = + !$ $hy = O$; le comportement exhibitionniste par $hy O$, $h O$).

2) Obsessions impulsives et anxiété phobique au profil 4. (Obsessions impulsives : $h \pm s - e \pm k \pm dO$; anxiété phobique ; $Sch \pm + !$. Elle a peur de l'abandon : $S \pm -$, $C O O$).

3) Par périodes cependant elle peut être tout à fait normale et ne frapper par aucun symptôme qu'on puisse qualifier de névrotique. Pendant cette phase surviennent des signes de sublimation. Cette forme de destin « normal » se trouve dans les profils 2 et 3. (Syndrome de sublimation $S - -$, $p +$, avec agrippement normal : $m +$ et inhibition dans le moi : $Sch = - +$). La seule chose qui frappe dans ces profils c'est qu'elle a peur de perdre un objet et que pour cette raison elle a des remords : $m = + - !$, $e = +$, $hy = O$. Cette peur exagérée ne nous autoriserait pas

encore à poser le diagnostic de « névrose », mais elle démontre que cet ensemble de problèmes ne disparaît pas entièrement même en phase normale.

4) Cette femme héberge enfin le danger de devenir toxicomane, ou bien elle peut l'être déjà. Le profil 5 montre la forme du destin de la psychopathie toxicomaniaque. (Principe du plaisir : $m +$, dO , $p +$, tableau sexuel infantile à la phase masturbatrice : $S = O O$, censure de la réalité faible : $k = O$). Ce ne sera pas une toxicomane grave, puisqu'il existe des freins éthiques et moraux ($e \pm$, $hy \pm$).

La biographie confirme entièrement le diagnostic obtenu par le test. Cette femme, pendant des semaines, n'attire l'attention que par une peur constante se rapportant à son mari qu'elle ne veut jamais laisser seul (Peur de perdre l'objet : $m + !$). Elle s'occupe des beaux-arts et entretient beaucoup de relations sociales. Subitement son comportement se modifie, elle devient exhibitionniste et casse tout pendant des accès de fureur (agression hystérique). Ensuite elle a parfois l'idée obsédante de voir son mari la quitter (possibilité du destin de l'obsession et de la phobie). La plupart du temps après sa phase de névrose elle devient effectivement toxicomane (sommifères).

Nous voyons ici très nettement combien il serait faux de vouloir comprendre cette femme seulement sous l'angle d'une seule possibilité du destin.

Un troisième exemple montre le chevauchement de deux possibilités du destin dans les mêmes profils. Ceci conduit à un mélange de deux syndromes, de sorte qu'aucun des deux n'est présent dans toute son étendue.

Cas 28 de notre série : femme de 55 ans.

Ces profils renferment une partie du syndrome de la dépression : Classe $Cd +$, $C + \pm$, (1) $C + -$, $Sch \pm -$, $C + \pm$.

Mais ce qui manque ce sont précisément les signes caractéristiques : $k +$ (Introjection) et $s -$ (Autoaccusation, masochisme).

Ailleurs surgit le syndrome partiel de la manie : Classe $Ss +$ au second rang de la proportion des latences, $Sch - -$, $k - !$, $s + ! !$.

Au syndrome maniaque manquent cependant l'image typique du contact $C = O -$ et la classe pulsionnelle typique $Cm -$.

Les syndromes dépressif et maniaque se chevauchent, la prédominance des images de contact dépressives, et celle de la classe $Cd +$, laquelle est typique pour la mélancolie, permettent

Normalprofile

Nr	Datum	S		P		Sch		C		≤ 0	$\leq +$	$\frac{T}{T}$ Sp	Ich - Bild	
		h	s	a	hy	k	p	d	m					
1		+	0	+	-	+	-	+	+					
2		+	+	0	-	-	-	+	0					
3		0	+	+	-	-	0	+	-					
4		0	+	-	0	-	-	+	0					
5		+	+	-	-	-	-	+	+					
6		+	+	0	-	-	-	+	+					
7		0	+	-	-	-	-	+	+					
8		+	+	-	-	-	-	+	+					
9		+	+	0	-	-	-	+	+					
10		0	+	0	-	-	-	+	+					
≤ 0		4	1	4	1	0	1	0	2	13		≤ 0		
$\leq +$		0	0	0	0	1	0	0	4	5		$\leq +$		
Tend.	Sp. Gr.	4	1	4	1	1	1	0	6		18	Sy %		

$m_{b}^{0,+}$	
h_4	e_4
$s_1^{+!}$	$h_1^{-!}$
$k_1^{-!}$	$p_1^{-!}$
d_1^{+}	o

$$\frac{Cd^{+}}{6} : \frac{S_s^{+}}{3} : \frac{Phy^{-}}{3} : \frac{Sch}{0}$$

Triebklasse: Cd^{+} triaequal

la conclusion que le tableau clinique au moment de la prise du test ressemble à une dysphorie agitée et agressive, mais que la phase dépressive est en voie d'extinction. Voilà pourquoi nous avons posé, en vertu du test, le diagnostic, conforme aux faits, de « Folie maniaque-dépressive, transition de la dépression à la phase maniaque ».

La détermination de la phase du destin qui est momentanément la plus forte (et d'où dérive le diagnostic psychiatrique) dans les cas de types pluriformes exige une technique très subtile d'interprétation. Voici le domaine de l'intuition, mais aussi celui où, même avec beaucoup de pratique, on risque de mettre l'accent sur un endroit faux. Une fausse accentuation n'est pourtant pas encore un diagnostic erroné, ou du moins elle n'est qu'un diagnostic partiellement erroné. Notre expérience montre que la plupart des erreurs commises lors des essais de diagnostics aveugles proviennent du fait que les formes morbides appartenant au passé ou à l'avenir ont été estimées être plus importantes que le tableau clinique actuel.

Un diagnostic peut être, pour ces motifs, d'une grande complexité. La même chose vaut pour les observations cliniques.

Résumer les données cliniques en un diagnostic univoque au possible est un signe trompeur d'exactitude. On peut dire en passant qu'il y a à peine deux observateurs qui opèrent en employant les mêmes systèmes de différenciation diagnostique. Si donc on veut soumettre la validité d'un test à une épreuve, seule une analyse comparative rigoureuse de chaque cas interprété à l'aveugle, d'une part, et de l'observation clinique totale et comprenant tous les détails, d'autre part, peut être utile.

b) *Processus et état* (= épisode, syndrome temporaire),
le problème du décours de la maladie

Le diagnostic pulsionnel révèle des possibilités du destin, le diagnostic clinique fournit une étiquette, qui peut être valable pour un épisode de la maladie, mais qui ne saurait jamais embrasser le destin total de la maladie. En réfléchissant au fait que même chez les malades mentaux internés les intervalles lucides, calculés en heures, sont plus fréquents que les états à proprement parler psychotiques, en tenant compte de la différence très grande qui existe entre les phases aiguës dues au processus et les états terminaux déficitaires de la même maladie (par exemple la schizophrénie), on ne pourra contester la justesse de cette objection présentée par l'analyse du destin.

Le diagnostic pulsionnel fournit des syndromes qui diffèrent selon la phase de la psychose. La phase projective d'une schizophrénie a d'autres marques que la phase de dissimulation ; des états de désolation, de vide psychique ne permettent pas l'emploi de la syndromatique habituelle qui caractérise la schizophrénie. *Le test représente les fonctions du processus morbide aigu, parce qu'il peut saisir une psychose seulement en étudiant le processus pulsionnel qui conduit à la maladie.*

La syndromatique (16) élaborée par L. Szondi se rapporte aux processus morbides aigus. On n'a pourtant pas le droit de l'appliquer sans ambages aux états déficitaires, aux stades terminaux et aux intervalles lucides. Ce sera un travail d'avenir que d'étendre la syndromatique à ces états et de distinguer dans chaque maladie le *processus morbide aigu* et l'*état terminal*.

Quant à la dépression endogène, ce travail a déjà été entrepris.

(16) *Triebpathologie*, Bd. I. Klinische Psychologie. Experimentelle Syndromatik.

Si on compare les deux syndromes, on voit clairement la nécessité (17) de séparer processus et état épisodique.

« Syndrome du processus » de la dépression endogène						« Syndrome postdépressif » provisoire							
(Syndrome d'après L. Szondi Triebpathologie, T. I)						(Syndrome d'après U. Moser)							
Classe pulsion- nelle	{	C ^{d+} avec S ^{h+} , P ^{e--} , P ^{hy-}					S ^{h+} , P ^{hy-} , Sch ^{k-}						
Association des facteurs pathogno- miques :		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7
		d	m	h	k	s	d	m	h	k	s	hy	p
		+ !	±	+	+ !	-	+ -	+ -	+ - !	+ !	- -	- -	- -
							(O) O				(O) (O)	(+)	
Images du moi les plus fréquents		1. Sch = + - 2. Sch = + O					1. Sch = - - - 2. Sch = - - + 3. Sch = - O 4. Sch = O -						
Milieu		P		Sch			P		Sch				
typique :		e	hy	k	p		e	hy	k	p			
		-	+	+ !	-		-	-	-	-	-	-	-
		O	O	+ !	-		+ (±)	-	-	-	-	-	-
		O	+	+	-		O	-	-	-	-	-	-
		O	+	+	O		O (±)	O (±)	-	-	-	O (+)	-
							-	-	-	-	O (+)		

Pour autant qu'à l'heure actuelle on puisse en juger d'après l'ensemble des faits, les stades terminaux de toutes les psychoses se ressemblent d'une façon étonnante quand on envisage les syndromes obtenus par l'examen au test de Szondi.

Quant aux maladies paroxysmales (épilepsie), il y aurait lieu de rechercher la séparation du stade préparoxysmal et du stade post-paroxysmal.

Le décours de la maladie présente un autre problème, c'est la

(17) MOSER (U.). — Die endogene Depression im Szondi-Test. Auswertung der Testprofilserien von 13 Fällen im postdepressiven Stadium. Material des klinischen Institutes der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, München. In Zusammenarbeit mit P. D. Dr. P. Matussek (Unveröffentlichtes Manuskript), 1953.

dialectique de l'avant-scène et de l'arrière-plan (18). Dans certaines circonstances le sujet se met à montrer subitement dans le test des réactions contradictoires complémentaires.

Une femme de 40 ans (au diagnostic clinique de mélancolie) s'est soumise à plusieurs cures d'électrochocs. Selon notre expérience, des chocs provoquent un retournement partiel du syndrome testologique, en particulier dans le secteur du moi.

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	+	+	—	—	±	O	O
+	+	+	—	—	±	+	O
+	O	+	—	—	±	±	+
+	+	+	—	—	±	O	+
±	+	+	—	—	+	+	—

Du syndrome testologique de la mélancolie (s —, k +, pO, d +, m ±), il ne subsiste aucune réaction en dehors de d +. Par contre une série de réactions complémentaires sont notées :

Ambitendance primitive :	s	k	p	d	m
	±	±	±	±	±
Mélancolie	—	+	O	+	±
Notre cas	+	—	±		O

Dans les facteurs s, k, p et m, cette femme donne les signes complémentaires du « Hintergänger ». C'est par ce détour qu'il est possible de tirer des profils du test le diagnostic suivant : « Dépression endogène sous cure de chocs ou après cure de chocs ».

(18) Szondi admet que chaque conflit pulsionnel est une forme de séparation spécifique des oppositions de pulsions primitives. Deux associations de tendances *étant en relation polarisée* se trouvent donc être en discussion dialectique, la première association de tendances (appelée « Vordergänger ») est rendue visible grâce aux profils normaux obtenus par le choix expérimental ordinaire, la seconde association (appelée « Hintergänger ») forme le complément à l'ambitendance primitive. La constellation du « Vordergänger » a toujours la fonction de défense vis-à-vis du « Hintergänger ». Inversement le « Hintergänger » est le dépositaire des tendances qui appartiennent à des besoins ancestraux et qui ont leur mot à dire lors du choix de l'objet. Il existe des situations dans lesquelles le « Vordergänger » et le « Hintergänger » alternent. Ceci produit une métamorphose du tableau clinique, parfois pour peu de temps, parfois pour longtemps. Voir ici SZONDI (L.) : *Triebpathologie*, T. I. Les méthodes dialectiques, 1952.

Qu'est-ce qui peut amener un retournement pareil ?

- 1° un moi faible ;
- 2° des tribulations actuelles graves (traumatismes psychiques à la suite d'événements et de déceptions) ;
- 3° les toxiques (sous l'influence d'un toxique des tendances pulsionnelles dangereuses sommeillant autrement à l'arrière-plan, peuvent se réveiller) ;
- 4° les chocs thérapeutiques.

III. Conclusions

Nous sommes d'avis qu'une épreuve de validation, qui s'appuie exclusivement sur des considérations théoriques en matière de tests, aboutira à un échec. On ne pourra porter un jugement sur la valeur ou l'inutilité du diagnostic expérimental des pulsions que seulement quand on se sera livré à un examen empirique très étendu en se servant des méthodes statistiques, de l'analyse des syndromes et du diagnostic aveugle.

Quant à ces essais empiriques, il faut toutefois qu'ils remplissent certaines conditions.

1° Les expérimentateurs devront vraiment apprendre les fondements testologiques et psychologiques du diagnostic des pulsions ; ils devront colliger la quantité nécessaire d'exemples pratiques.

2° En matière de travaux statistiques il faudra tenir compte des critères de l'homogénéité des sujets examinés et de la loi du grand nombre.

3° Les résultats de travaux statistiques doivent être soumis à un contrôle en les comparant aux données fournies par les analyses individuelles opérées sur les mêmes sujets. C'est seulement lorsque ces données se seront confirmées qu'elles acquerront valeur et signification.

De même que Soto-Yarritu, grâce à des contrôles statistiques, et Stumper, au moyen d'analyses syndromiques pratiquées sur 200 malades mentaux, analyses destinées à la publication, nous espérons, par nos essais de diagnostics aveugles, avoir fourni une preuve en faveur de la validité et de l'utilité du diagnostic expérimental des pulsions dans ses applications à la psychopathologie.

(Traduit de l'allemand par Dr Stumper, d'Ettelbrück, à qui j'adresse mes remerciements sincères).

ETUDE DU SZONDI-TEST AU COURS DE DIFFERENTS TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES

PAR

M^{me} S. BUFFARD et J.-M. ANGEL

Il ne s'agit pas ici d'une entreprise de validation ou d'invalidation du test de Szondi, bien que toute étude sur une méthode d'investigation psychologique contribue à informer sur son degré de validité. Les deux articles complémentaires de J. Delay, P. Pichot, J. Perse et P. Deniker d'une part, de Mme R. Pruschy-Bejarano d'autre part, publiés dans le n° 4 de 1953 des *Annales médico-psychologiques*, nous évitent d'avoir à présenter au lecteur l'essentiel du Szondi-test. Mais, si intéressants et instructifs qu'ils soient lorsqu'on les lit avec une attention ne négligeant aucun détail, ces articles risquent d'avoir créé, chez le lecteur profane en cette matière, soit un préjugé contre le Szondi, soit la croyance en la nécessité d'études de validation plus poussées employant des méthodes analogues. Nos recherches personnelles avaient commencé avant la publication de ces deux articles et étaient engagées d'une manière toute différente, puisque psychiatre et psychologue travaillaient en équipe sur des malades très bien connus dont les dossiers psychiatriques et psychologiques étaient particulièrement fournis. Les malades étaient justement choisis sur le critère du degré élevé de connaissance qu'en avaient le psychiatre et le psychologue. Les questions posées étaient les suivantes.

Les traitements modifient-ils le profil obtenu par le Szondi ?
A quel moment se placent ces modifications ?

Sont-elles en rapport avec la violence du traitement (qui va dans nos observations de la psychothérapie à la lobotomie) ?

Dépendent-elles de la catégorie nosologique du malade, de sa personnalité ?

Correspondent-elles aux transformations observées cliniquement ?

Après la parution des deux articles précités, succédant eux-mêmes à de nombreuses études de validation du Szondi, ces questions peuvent sembler à la fois trop partielles et trop ambitieuses. Trop ambitieuses parce qu'elles considèrent *a priori* le Szondi comme une méthode pouvant être appliquée à l'étude difficile des modifications apportées par la thérapeutique. Trop partielles parce qu'elles ne tendent pas à des conclusions générales sur la validation du test. Nous estimons qu'une dizaine de cas ne peuvent être étudiés d'une façon statistique et que leur seul intérêt réside dans la présentation d'observations individuelles très poussées. Nous convenons volontiers qu'il y a à la base de notre étude, comme de toute recherche scientifique, le postulat que la méthode employée n'est pas inadéquate et inefficace.

Nous ajouterons que dans notre esprit il n'y a ni attachement farouche, ni méfiance systématique envers le Szondi-test et que nous avons éliminé la compétition psychiatre-psychologue, ce qui apporte à notre travail des garanties sinon de valeur scientifique absolue, du moins de sérénité.

On comprendra après ce préambule que nous présentions simplement nos observations l'une après l'autre, en les groupant d'après le traitement employé et, à l'intérieur de chaque groupe de traitement, d'après la catégorie nosologique et les symptômes du malade ; nous verrons si de l'ensemble des observations nous pouvons tirer des réponses aux questions posées plus haut.

Traitement psychothérapique dans un cas de névrose

OBSERVATION 1. — Jean M., 26 ans, a passé dix-huit mois dans un service libre d'hôpital psychiatrique. Etudiant en langues étrangères, ayant dû quitter l'enseignement, il présentait des inhibitions au travail, ajoutant à la rumination indéfiniment prolongée un besoin constant de déplacements. Intelligent, cultivé, doué d'un caractère aimable, il se prêtait, non seulement avec bonne grâce, mais avec passion à toutes les investigations psychologiques. Il était soumis à une psychothérapie individuelle par le médecin-chef du service, auquel il était très attaché, assortie de quelques médications « fortifiantes » qu'il réclamait. Dans les derniers temps de son séjour il participa à des psychodrames. Les profils de Szondi ont été pris après sa sortie du service, il continuait à voir son médecin et, sur les conseils d'un autre médecin, entreprenait de rééduquer sa main gauche (c'était d'ailleurs un gaucher méconnu) ; il finit par trouver un emploi consistant à relever des noms et des adresses pour un annuaire.

La classe pulsionnelle à laquelle appartient Jean M. indique une pulsion exhibitionniste extrêmement violente, approuvée par le moi.

Jean M.	1952	S		P		Sch.		C.	
		h	s	e	hy	k	p	d	m
	20-10-52	-	$\pm$	0	+	-	+!	0	+
	27-10-52	-	-!!	0	+	0	+	0	+!
	3-11-52	0	-!!	$\pm$	+	+	+	-	+
	7-11-52	-	-!	-	$\pm$	$\pm$	+	0	+!
	14-11-52	-	-!!	0	+	0	+	0	$\pm$
	22-11-52	-	-!	0	+	+	+	$\pm$	+
	29-11-52	-	-	0	+	+	$\pm$	+	+
Reprise du travail	4-12-52	-	-!	0	+	+	0	+	+
	12-12-52	0	-!!	0	+	0	$\pm$	+	-
	17-1-53	-	-!	0	+	+	$\pm$	-	+
	E 0	2	0	0	0	3	0	4	0
	E $\pm$	0	1	1	1	1	2	1	1
	T. d. T. degrés	2	1	9	1	4	2	5	1
	Valeur de Latence	S=1S _s -		P=8Phy ₊		Sch=Shp ₊		C=4Cm ₊	

Formule pulsionnelle

e ₉
d ₅ k ₄
h ₂ h ₂
S ₋ , hy+m, +

Classe pulsionnelle

Phy +

TABLEAU 1

(Jean M. en était conscient au moins partiellement), mais non réalisée, tandis que le facteur e est actuellement au repos : Szondi lui donne pour aboutissant des professions allant des métiers serviles aux vocations religieuses. Ce qui nous importe dans ce travail étant l'évolution du malade au cours d'un traitement, voyons les modifications factorielles et vectorielles qui ont pu se produire.

h est pratiquement stationnaire, dans le sens —.

s passe de $\pm$ au premier examen à un — toujours tendu.

e, le facteur symptomatique, est toujours sous la forme 0, sauf un passage de $\pm$ et — auquel nous ne pouvons rattacher aucun événement de la vie du sujet, mais il est très significatif que lors du passage à e —, hy, qui, dans les neuf autres profils, est positif, passe à $\pm$, ce qu'on peut interpréter comme au réveil brusque du sens moral devant une pulsion agressive et destructrice. Le vecteur du moi est beaucoup plus oscillant : k passe par toutes les phases avec une prédominance de +, p est le plus souvent +, ne devenant jamais —. Le moi de notre sujet est faible, il évolue à l'intérieur de la catégorie que Szondi appelle le moi délaissé, féminin (ce qui cadre avec s —) : dans cette catégorie, on note une tendance à accepter par introjection la féminité et la passivité : passage de ++ et O+ à +, $\pm$; il semble qu'il y ait réaction efficace contre l'état d'abandon, ce qui est évidemment un des buts de la psychothérapie.

Dans le vecteur C, le facteur m reste positif, mais devient moins tendu, pendant que le facteur d passe dans l'ensemble de 0 à + : l'évolution de ce vecteur confirme l'évolution du moi : l'agacement à l'objet ancien diminue peu à peu, laissant la porte ouverte à la recherche d'un objet nouveau ; cela ne va pas sans difficulté, ni retours en arrière, comme l'indique l'inversion des deux derniers profils : + —, — +.

On peut conclure en résumé de cette observation que les deux vecteurs Sch et C se transforment lentement dans le sens d'une acceptation du réel — le réel consistant ici en une situation d'abandon — tandis que le vecteur sexuel reste toujours marqué par la crainte de la sexualité et en particulier de la sexualité virile, et que le vecteur P reste le siège du conflit le plus violent. On peut objecter que les premiers profils ont été pris à un moment où le traitement était déjà bien avancé et qu'elle aurait été plus valable si nous avions des profils datant d'avant le traitement. C'est certain, pourtant on peut constater que l'évolution semble bien correspondre à une action lente du traitement et également à la reprise d'une vie active, comportant de nouveaux intérêts ; cette évolution est confirmée par le comportement du sujet, qui reste assez inquiet, un peu asocial, toujours à la recherche de compensations affectives, mais qui à chaque visite montre des progrès légers mais évidents, dans le calme, la lucidité, la confiance en soi.

OBSERVATION 2. — Jean-Claude V., 20 ans, étudiant, névrose de contrainte, tourmenté par le désir de peindre, destructeur de ses œuvres, hanté par la non-satisfaction de l'âme et du cœur dans les relations sexuelles.

Nous n'avons pu réunir que cinq profils, le malade étant sorti de la clinique où nous le visitons le 3 novembre 1953, très amélioré. Actuellement il a commencé des études de médecine et il va bien. Bien que les psychogrammes soient trop peu nombreux, nous pensons que cette observation est intéressante, tant par le caractère rapide, presque spectaculaire, de l'amélioration du malade sous l'unique action de la psychothérapie, que par la violence des abréactions qu'il a présentées au cours du traitement. Nous ne suivons pas l'ordre des facteurs pour l'étude de cette observation, car les résultats nous indiquent une structure qu'il faut respecter. Notons d'abord que les conclusions de l'ensemble des psychogrammes s'accordent de façon très nuancée à l'histoire du sujet et aux résultats des autres tests employés : névrose de contrainte, schizoïdie, idéalisation partielle de la sexualité dans l'activité culturelle, exhibitionnisme, violentes explosions affectives.

Jean-Claude V.	1953	S		P		Sch.		C.	
		<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
	30-9-53	-	+	$\pm$	0	-	+	+	0
	10-10-53	-	+	0	$\pm$	-	+	-	+
	17-10-53	-	$\pm$	0	$\pm$	-	+	0	+
	22-10-53	-	$\pm$	0	$\pm$	-	+	0	0
	29-10-53	-	$\pm$	0	+	-	+	0	+
	0								
	$\pm$								
	T. d.T. degrés								
	Valeur de Latence	S=		P=		Sch=		C=	

TABLEAU 2

Dans les cinq observations, le profil du moi est strictement invariable : c'est le profil B2, qu'on trouve chez les sujets en proie à deux tendances pulsionnelles antagonistes et cherchant en vain à les maîtriser par le refoulement ; la permanence de ce profil, en dehors de la rigidité qu'elle indique, nous met en garde contre un optimisme exagéré. Jusqu'à la fin du traitement, le moi en est encore réduit à une position de défense. Le vecteur où se marque la plus forte tension des tendances est le vecteur S, avec *h* constamment négatif et *s* passant de + à $\pm$ avec un accroissement de $s-$ (+ 2, — 3 au dernier psychogramme), qui indiquait une recherche sincère et d'ailleurs consciente d'humanisation en même temps qu'une irruption du sado-masochisme inhérent à sa nature. Dans le vecteur paroxysmal, la réaction obsédée et inhibée ± 0 se transforme dès le début du traitement en $0 \pm$: « sujet se lamentant », dit Szondi ; en réalité, au cours d'un traitement donnant lieu à un transfert violent comme chez notre patient, qui pleurait, criait et serrait les poings en racontant ses souvenirs d'enfance, sujet extériorisant sans pudeur ses affects. Le vecteur de contact est le siège d'une évolution assez régulière de la relation de fixation et de la relation bi-objectale (+ 0, — +) à une relation adulte avec le monde ($0 +$).

On voit maintenant ce qui nous a incité à publier cette observation incomplète : la sensibilité du Szondi a une évolution qui, chez un sujet intelligent, volontaire et très coopérant, a touché les vecteurs pulsionnels les plus symptomatiques, sans avoir pu encore atteindre les facteurs latents, et sans toucher à la structure du moi qui n'était pas encore en état de supporter un relâchement des contraintes.

OBSERVATION 3. — Mlle F., 39 ans, psychasthénique, améliorée par un traitement psychothérapique et une cure de Bogomoletz, mais ne peut se décider à quitter la clinique : se plaint sans arrêt.

Mlle F.	1952	S		P		Sch.		C	
		<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
	18-10-52	+	+	0	±	±	—	+	±
	21-10-52	+	+	0	±	—	—	0	0
	28-10-52	+	+	0	—	±	±	0	±
	4-11-52	+	+	0	—	±	0	0	±
	6-11-52	+	+	0	—	±	—	0	±
	8-11-52	+	+	0	—	±	—	0	±
	3-12-52	+	+	0	—	—	±	—	±
	23-12-52	0	+	0	—	—	—	±	±
	10-2-53	+	0	0	—	±	—	+	±
	28-2-53	+	+	0	—	—	±	0	±
	Σ 0	1	1	10	0	0	6	6	1
	Σ ±	0	0	0	2	6	3	1	9
	T. d. T. degrés			10	2	6	4	7	10
	Valeur de latence	S = 50		P = 8 Phy-		Sch = 2 Scho-		C = 3 Cd +	

Formule pulsionnelle

e_{10}	m_{10}
d_7	k_6
p_4	hy_2
S_1	h_1

Classe pulsionnelle

Phy —

Tableau 3

Les profils pulsionnels restent remarquablement constants tout au long de l'observation, un onzième profil pris un an après (la malade étant toujours à la clinique) donne encore : + +, 0 —, — —, 0 ±. Nous avons affaire à une personnalité fixée, on pourrait dire figée; par le refoulement, l'attachement ambivalent au passé, la peur de l'avenir.

OBSERVATION 4. — M. D., 43 ans, alcoolique, traité au disulfure de tétra-éthyl-thiurame (cure de désintoxication volontaire), puis au Bogomoletz, malade dépressif, stéréotypé, présentant des signes de

détérioration aux différents tests, actuellement en ménage, mais ayant eu des aventures homosexuelles, qu'il a avouées seulement lorsque le Szondi permit d'en faire presque à coup sûr le diagnostic et de lui poser la question.

La désintoxication a été bien tolérée et semble réussie, l'atonie du patient a un peu diminué, sans qu'il ait pourtant retrouvé une vitalité normale ni un contact aisé avec autrui.

M. D.	1952	S		P		Sch.		C.	
		<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
	16-10-52	0	+	+!	$\pm$	-	-	-	0
	18-10-52	$\pm$	0	0	$\pm$	+	0	+	-
	21-10-52	+!	+	+	-	-	-!	-	+
	25-10-52	0	+	-	$\pm$	-	-	+	+
	28-10-52	0	0!	0	-	$\pm$	+	+	+
	30-10-52	0	0	0	-!	$\pm$	-	+	+
	4-11-52	0	0	+	-!	-	-	-	!!!+
	6-11-52	0!	0	+	$\pm$	-	-!	+	+
	8-11-52	+	+	0!	$\pm$	-	-	+	+
	11-11-52	0	0!	-	-	$\pm$	-!	+	+
	Σ 0	7	6	4	0	0	1	0	1
	Σ $\pm$	1	0	0	5	2	1	0	0
	T. d. T. degrés	8	6	4	5	2	2	0	1
	Valeur de latence	$S=2S_+$		$P=1Pe_+$		$Sch=0Sch$		$C=1Cd_+$	

Formule pulsionnelle

h_8
$S_6 hy_5 e_4$
$k_2 p_2$
$m_2 d_0$

Classe pulsionnelle

quadri égale
$S_3+ P_e+ Sch C d_+$

TABLEAU 4

La classe pulsionnelle quadriégale fait prévoir un trouble grave de la personnalité. Les choix du vecteur sexuel oscillent entre 0 et +; jamais un indice d'humanisation. Le facteur *e* est extrêmement mobile, ce qui est souvent le cas chez les épileptiques ou les sujets qui présentent des équivalents épileptiques, mais dans notre cas ne donne pas d'indications contrôlables (peut-être en rapport avec la détérioration); *hy* oscille de façon plus restreinte entre $\pm$ et —, voire —!: alternance visible aussi dans le comportement du sujet, mais non de façon chronologique nette, entre le désir de s'exhiber et celui de se cacher. Le moi offre généralement l'image du profil de dressage: — —, dont la valeur et l'efficacité sont réduites à leurs justes limites par le profil sexuel dépourvu d'humanisation. Dans le vecteur C, après une alternance inversée des facteurs, on obtient une réaction ++, souvent tendue, qui prouve bien que le problème de l'attachement ou

du détachement de l'objet ancien d'amour n'est pas résolu (M. D. vit avec une femme masculine et regrette sa première maîtresse, pour ne pas parler de sa fixation œdipienne).

Dans ce cas la succession des psychogrammes indique plutôt des oscillations dans une personnalité perturbée qu'une évolution dans un sens déterminé : ni l'Antabus ni le Bogomoletz n'ont apporté l'équilibre à M. D. qui s'est par ailleurs signalé par une remarquable absence de transfert sur son médecin.

OBSERVATIONS 5 et 6. *Electro-chocs et chocs insuliniques.* — Dès le « Diagnostic expérimental des pulsions », nous trouvons une étude de patients avant et après électro-chocs et S. Deri a recherché l'effet de la thérapeutique de choc sur le Szondi des malades déprimés.

Les deux observations que nous présentons dans ce cadre s'apparentent non seulement par le traitement, mais par la symptomatologie et dans une certaine mesure la personnalité même des sujets : il s'agit de deux jeunes gens, vivant encore dans leur famille et mal satisfaits de cette situation comme de leur situation professionnelle, d'esprit très religieux, présentant tous deux des symptômes de la série schizophrénique, sans aucune détérioration mentale et sans dissociation ; voici leurs observations :

OBSERVATION 5. — G., 25 ans, de type physique asthénique, extrêmement déprimé, hypocondriaque, tourmenté pour des idées de culpabilité (« fumer, c'est un péché mortel »), très agressif à l'égard de son père ; alternances d'amélioration et de rechute depuis plusieurs années, a subi il y a deux ans une série d'électrochocs. Dans le cours de notre observation, il a subi une cure de sommeil, puis une cure de Sakel, ayant donné une nette amélioration clinique, mais interrompue par la mort accidentelle du patient.

OBSERVATION 6. — François P., 26 ans, soigné une première fois en 1952 par narco-analyses et électrochocs présentait, après un rapide épisode confusionnel ayant eu lieu en Afrique, un important délire d'influence presque systématisé. Sorti de la clinique sur sa demande, malgré des traces persistantes du délire, y revient de lui-même un an après en déclarant à son médecin : « Je viens me réfugier chez vous, ils sont tous sur mon dos. » Il subit alors une cure de Sakel qui donne des résultats cliniques meilleurs que le traitement antérieur.

Avant d'établir une comparaison entre la réaction au Sakel de ces deux sujets, comparaison qui nous semble d'autant plus légitime que tous deux ont subi auparavant des électrochocs, voyons d'abord la

première série de psychogrammes de François P., qui a l'avantage d'être prise chez un malade au début et qui n'a été modifiée par aucun traitement (jusqu'à l'épisode confusionnel, François P. est un garçon un peu « renfermé » et hésitant, mais « sain »). La classe pulsionnelle bi-équale $Pe - Cd +$ évoque à la fois l'érotisme anal et l'insatisfaction perpétuelle. On est frappé à première vue par la variabilité extrême des profils d'une fois à l'autre, pour tous les facteurs —. On constate une inversion du facteur h vers — ou $\pm$ après narco-analyses

François P. 1 ^{re} S.	1952	S		P		Sch.		C.	
		h	s	e	hy	k	p	d	m
	14-10-52	+	+	+	+	0	—	—	0
	16-10-52	+	0	—	+	—	—	+	+
	21-10-52	+	—	0	0	—	—	+	+
réveil narco.	23-10-52	—	+	0	0	+	—	+	0
réveil	28-10-52	—	—	—	0	+	—	+	+
	4-11-52	0	+	—	+	+	0	+	—
EC 12-11	8-11-52	+	+	—	—	—	0	0	+
	14-11-52	+	+	—	0	—	0	+	+
avant EC	27-11-52	+	+	—	—	0	+	+	+
après EC	27-11-52	+	—	0	—	0	+	+	0
	E 0	1	1	3	4	3	8	1	3
	E ±	3	4	0	2	1	2	1	2
	T. d. T. degrés	4	5	3	6	4	5	2	5
	Valeur de latence	S = 1Sh ₊		P = 3Pe _—		Sch = 1Sch _—		C = 3Cd ₊	

Formule pulsionnelle

hy _s
S _s P _s m _s
h _s k _s
e _s d _s

Classe pulsionnelle

bi-équale
Pe _— Cd ₊

TABLEAU 5

comme après électrochocs (au cours de ses narco- ou de ses réveils François P. exprime sa nostalgie d'une présence féminine) : cette humanisation du facteur h est celle que Szondi signale dans son observation sur une cure par électrochocs. Le facteur s, dans deux cas, subit le même processus, mais avait déjà été une fois négatif avant le traitement ; e, par contre, s'établit fermement comme négatif : les pulsions de haine font-elles équilibre à l'humanisation des pulsions masculines ? L'évolution ultérieure du sujet répondra en partie à cette question. hy oscille entre 0 et — : il est typique d'un sujet en cours de traitement d'être tantôt honteux, tantôt satisfait de se donner en spectacle. Plus intéressante est la transformation du moi et particulièrement de p qui passe de la phase de projection totale (idées paranoïdes de François) au rejet de la pulsion, puis à l'ambivalence ; accompagné de la réaction k — 0, ce choix n'indique pas

encore une grande stabilité du moi, mais peut être considéré comme un progrès sur p —.

Le vecteur C montre tout au long le combat entre l'attachement obstiné et la recherche de nouveaux objets d'intérêt.

Un an après, ayant fait une rechute, François P. nous offre l'image d'une classe pulsionnelle toujours bi-équale, mais presque inverse de la première : Ss —, Phy —, cette classe est très proche de celle de G. : Sh + Phy — ; bien entendu, nous ne pensons pas un instant que nos deux sujets soient superposables, mais du moins peut-on espérer que la confrontation de leurs psychogrammes sera profitable; aussi allons-nous les suivre parallèlement. Notons d'abord que le changement de François n'a rien de bien surprenant et constitue une vérification du principe du profil complémentaire du Szondi : e est passé de l'état latent à l'état de symptôme et s a opéré la transformation inverse : on peut déjà voir dans la première série de psychogrammes la tendance au balancement de ces deux facteurs, qui peuvent être considérés comme deux aspects du sadisme, que notre sujet ne peut jamais satisfaire en même temps. Il est raisonnable d'autre part d'attribuer les changements survenus dans le cours de cette année, partie à l'influence persistante du traitement, qui n'a certainement pas cessé du jour au lendemain, partie à l'histoire de François P. pendant cette période, histoire essentiellement marquée par le retour dans sa famille et la reprise d'un métier de bureau.

François P. 2 ^{me} S	1952	S		P		Sch.		C.	
rechute		h	s	e	hy	k	p	d	m
	10-11-53	0	-!	+	+	-	+	+	+
réveil sakel	17-11-53	+	-	+	+	+	-	0	0
avt coma	25-11-53	+	-!!	-	0	+	0	+	+
réveil	25-11-53	+	-!!	0	-	+	+	+	+
réveil	1-12-53	+	-	-	-	0	+	+	0
réveil	7-12-53	+	-!	-	-	0	+	+	0
	15-12-53	+	-	0	-	0	+	+	0
	16-12-53	0	-	+	-	+	+	+	-
	22-1-54	0	-	+	-	-	+	+	+
	5-1-54	0	-	+	-	+	+	+	0
	E 0	3	0	2	1	4	1	1	5
	E ±	0	0	1	2	0	1	3	0
	T. d. T. degrés	3	0	6	3	4	2	4	5
	Valeur de latence	S=3S _s +		P=Phy-		Sch=2Sch _p +		C=1Cd+	

Formule pulsionnelle

e ₀
m ₃ d ₄ k ₄
h ₁ hy ₃ h ₁
S ₀

Classe pulsionnelle

S _s - Phy-

TABLEAU 5 bis

G. 25 ans	1953	S		P		Sch.		C.	
		<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
Avt. Sakel	5-9-53	-	0	+	0	-	-	-	+
	9-9-53	+	0	+	-	0	-	+	-
Fin cure sommeil	30-9-53	+	0	0	-	+	+	+	-
	8-10-53	+	+	0	+	0	-	-	-
Réveil de coma	10-10-53	+	+	0	-	-	0	+	-
	14-10-53	+	+	+	-	0	+	-	-
Réveil	17-10-53	+	+	+	-	0	+	-	0
	28-10-53	+	+	+	+	0	+	-	0
	0								
	±								
	T. d. T. degrés								
	Valeur de latence	S=		P=		Sch=		C=	

Formule pulsionnelle

ne_s	p_s
S_3	hy_3
h_1	d_2 m_2

Classe pulsionnelle

$Sh + Phy -$

TABLÉAU 6

Malgré la parenté de leurs classes pulsionnelles, nos deux malades évoluent différemment ; ainsi, dans le domaine sexuel, G. reste toujours $h+$, et passe de so à $s+$, réaction plus « normale » et qui d'après S. Deri est souvent la conséquence d'une thérapeutique de choc chez les déprimés, tandis que François P. présente dès la première rencontre une formule d'inversion partielle du vecteur S. Le vecteur P offre presque la même image chez nos deux sujets, il témoigne d'une oppression qui n'est pas liquidée par le traitement. La ressemblance est assez nette aussi dans le vecteur du moi, qui présente une évolution d'autant plus intéressante qu'elle est parallèle : élimination progressive de la projection pure $p-$ au profit d'une réaction ambivalente plus élaborée et même chez François P. de la réaction positive (prise de conscience de tendances). Chez ce dernier, le facteur p (une seule fois négatif) semble stabilisé entre les deux traitements à un degré plus intégré qu'au début du premier traitement. On ne trouve pas une telle analogie dans le vecteur C. G. reste au long du traitement conservateur à l'extrême, tandis que François P. cherche toujours en vain des investissements nouveaux.

OBSERVATIONS 7 à 11. — Lobotomies et topectomies.

Il s'agit de quatre schizophrènes graves ayant subi une lobotomie selon la technique classique. L'un a pu donner lieu à une observation complète, les quatre autres ont malheureusement quitté l'hôpital peu de temps après l'opération.

M. M.	1953	S		P		Sch.		C.	
		<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
Lobotomie	16-7-53	+	+	-	0	-	+	+	-
	19-7-53	+	+	-	+	-	0	0	±
	24-8-53	+	+	-	-	+	+	0	±
	2-9-53	+	+	-	-	+	+	0	±
	15-9-53	+	-	-	0	±	0	+	±
	8-10-53	+	-	-	-	0	+	+	±
	28-10-53	+	±	0	-	-	-	+	±
	8-1-54	0	+	+	-	-	0	+	-
	9-1-54	0	±	±	+	-	0	+	-
	12-1-54	+	+	-	0	+	0	0	-
	15-1-54	+	0	±	-	±	-	0	-
	Σ 0	2	1	1	3	1	5	4	5
	Σ ±	0	2	2	0	2	0	0	5
	T. d. T. degrés	2	3	3	3	3	5	4	5
	Valeur de Latence	S = h ₊		P =		Sch = e ₋		C = d ₊	

Formule pulsionnelle

$p_5 \ m_5 \ d_4$
$s_3 \ c_3 \ hy_3 \ k_3$
p_2

Classe pulsionnelle

quadri égale
Sch k ₋ , d ₊ , Sh ₊

TABLEAU 7

OBSERVATION 7. — 39 ans, M. M., schizophrène paranoïaque depuis plus de dix ans, ayant subi des améliorations provisoires par plusieurs séries de traitements de choc, deux cures de Sakel, etc... Intelligence très normale, pas de détérioration à la suite de la lobotomie, aucun changement dans le délire, mais le malade est plus abordable et n'a eu aucun comportement agressif comme il en avait avant l'intervention.

Les choix de M. M. sont très variables dans tous les vecteurs ; signalons qu'il ne fait jamais le test sans de multiples réticences : « Il ne croit pas à sa valeur, aucun de ses personnages n'est sympathique, ce serait plutôt à lui de faire passer des tests que d'en passer. » Six semaines après l'opération on note des changements dans trois facteurs : *hy* + : affirmation des affects haineux de *e* — ; *p* 0 : refoulement (avec *h* —), *C* passe de + — (recherche d'un nouvel objet) à 0 ± (union dualiste malheureuse). Bien que nous ne prenions pas au pied de la lettre la signification d'un profil isolé, celui-là ne répond pas à ce qu'on attendait après lobotomie ; par la suite on n'observe

pas d'évolution, sinon peut-être dans le vecteur C, où la réaction m devient et reste négative : les dernières réactions dans ce vecteur : o — sont d'ailleurs celles d'une « inattention morbide », qui s'accorde au comportement de M. M.

OBSERVATIONS 8, 9, 10. — Nous les présentons ensemble.

OBSERVATION 8. — Marguerite P., 29 ans, schizophrène présentant des crises d'agressivité, particulièrement dirigées contre sa mère. Dans les jours, et même les semaines qui ont suivi son opération, cette malade a fait une régression spectaculaire : suce son pouce, demande qu'on lui tienne la main, a repris une voix de petite fille et mange à la cuiller, gâteuse naturellement, mais pas toujours, et en témoignant une grande confusion, très affectueuse envers sa mère ; pourtant, les dessins montrent encore beaucoup d'agressivité.

OBSERVATION 9. — Marie A., 28 ans, schizophrène à tendance catatonique, après l'opération parle davantage, exprime la crainte que sa famille veuille la faire mourir, mais garde la même attitude : couchée en chien de fusil, le drap rabattu sur la tête.

OBSERVATION 10. — Paulette G., 28 ans, schizophrène, celle de nos trois malades qui montrait le moins de lucidité, mais après l'opération a des moments de lucidité et d'expansion suivis de périodes de saleté et d'agressivité.

[illegible]

TABLEAU 8

Marie A	1953	S		P		Sch.		C.	
		<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
Lobotomie	28-10-53	+	±	±	0	0	-	+	+
	4-11-53	+	0	±	-	-	-	0	+
	11-11-53	+	0	±	-	0	-	+	0
	15-11-53	+!!	0	±	-!	0	-	+	0
	20-11-53	+	0	±	0	0	-	±	0
	0								
	±								
	T. d. T. degrés								
	Valeur de Latence	S=		P=		Sch=		C=	

TABLEAU 9

Paulette G.	1953	S		P		Sch.		C.	
		<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
Lobotomie	29-9-53	±	0	-	+	-	+	-	0
	1-10-53	0	0	+	±	±	±	+	0
	10-10-53	0	0	+	±	±	±	+	0
	7-11-53	-	+	0	-	+	-	-	+
	0								
	±								
	T. d. T. degrés								
	Valeur de Latence	S=		P=		Sch=		C=	

TABLEAU 10

Nous ne tirerons de ces observations, vu le nombre restreint de psychogrammes, que des constatations et non des conclusions : les malades 8 et 10 donnent des résultats différents après l'opération, tandis que 9 revient après un bref délai à son profil préopératoire, et particulièrement à la réaction du moi O — : état crépusculaire, fusionnement du moi et du monde. Dans le cas 8 il faut convenir que les deux profils post-opératoires ne semblent pas en accord avec le comportement régressif de la malade ; tout au plus peut-on voir dans la réaction $++$ du vecteur P une libération des affects qui nous fait penser aux dessins de la malade pendant cette période, eux aussi contrastant avec sa douceur enfantine ; il aurait été très intéressant de suivre cette malade. Quant au numéro 10 elle opère un renversement de son moi (de $-+$ à $+ -$) qui semble indiquer une perte de contrôle provisoire, confirmée par les variations du vecteur P.

Le cas suivant a pu bénéficier d'une étude prolongée et détaillée.

OBSERVATION 11. — Mme Elise D., 41 ans, mariée, deux enfants, en a perdu un autre ; épileptique, a dû être internée à la suite de crises successives, qui ont déterminé un véritable état de mal ; considérée comme caractérielle. Cette femme est parfaitement lucide, mais déprimée et pleine d'appréhension à son arrivée à l'hôpital. C'est une enfant de l'assistance publique, elle a épousé son mari par pitié, à son retour de captivité, et ne peut supporter les relations sexuelles qui, dit-elle, lui font prendre des crises. Après topectomie préfrontale bilatérale, elle est beaucoup plus calme et d'humeur optimiste, mais présente plusieurs accidents de suppuration locale, qui déclenchent de nouvelles crises nécessitant l'administration de gardénal. Plusieurs curetages sont nécessaires. Dans les dernières observations, elle est calme, détendue, très lucide, et ne reçoit plus que 5 centigrammes de gardénal par jour. La topectomie n'a entraîné aucune détérioration mentale chez cette malade, peu instruite, d'intelligence normale et douée d'une sensibilité assez fine : la production intellectuelle est peut-être un peu ralentie et moins fantaisiste.

Dans l'ensemble, les profils donnés par Mme D. sont étonnamment stables. Elle appartient à une classe pulsionnelle (Cm +), qui s'accroche désespérément à un objet aimé : Mme D. n'a accepté ni la perte de ses parents ni celle de son enfant. Examinons le facteur *e*, typiquement variable chez les épileptiques, et qui se montre effectivement le plus variable chez elle. D'abord négatif, il varie ensuite en face d'un facteur *hy* constamment et violemment négatif (censure sévère, crainte perpétuelle du jugement d'autrui chez une femme élevée de façon très sévère dans un orphelinat) : il y a alternance entre — (syndrome interparoxystique), et O — (post-paroxystique), qu'on trouve une première fois après une crise, une deuxième fois après un traumatisme (curetage de l'os), une troisième fois enfin sans qu'on

M ^{me} Elise D.	1953	S		P		Sch.		C.	
		<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
Topectomie	30-6-53	+	0	-	-	-	-	0	+!!
	20-7-53								
	20-8-53	+	+	±	-	-	0	-	+
Crise E.	27-8-53	+	+	-	-	-	0	±	+
	29-9-53	+!!	+	0	-	-	-	0	+
	6-10-53	+!	+	+	-	-	-	0	±
	20-10-53	+	+	-	-	0	-	0	+
Curetage	27-10-53	+!	+!	±	-	-	-	0	0
Resection	17-11-53	0	+!	0	-!	-!!	0	0	+
	14-12-53	+	±	-	-!	-	-	0	+
	6-1-54	+	+!	0	-!	-	0	0	+
	E 0	1	1	3	0	1	4	8	1
	E ±	0	1	2	0	0	0	1	1
	T d T. degrés	1	2	5	0	1	4	9	2
	Valeur de Latence	S=1Sh ₊		P=5Phy ₋		Sch=3Schk ₋		C=7Cm ₊	

Formule pulsionnelle

d_p
$e_s p_4$
$m_2 k_1 h_1$
hy

Classe pulsionnelle

Cm_+

TABLEAU 11

puisse incriminer aucun fait nouveau. En face de ce danger toujours menaçant (nous serions étonné que la malade, une fois rentrée chez elle et en présence de son mari, ne fasse pas de nouvelles crises), le moi hésite entre deux profils qui sont tous les deux des profils de contrainte ou de refoulement. L'extériorisation sous la forme brutale de crises épileptiques ou hystéro-épileptiques est peut-être la seule issue laissée par des années de dressage sans affection. Une opération ne peut combler le vide dont souffre Mme D. ni lui donner la liberté.

Conclusions

Nous pouvons maintenant essayer de répondre aux questions que nous nous étions posées à l'origine de ce travail ; nous allons d'ailleurs nous apercevoir qu'on ne peut répondre simplement par oui ou par non.

Une première remarque qui s'impose en relisant nos observations est que certains sujets présentent des modifications sensibles au cours du traitement et que d'autres conservent presque les mêmes profils ; la même remarque a été faite chez les sujets qui ne sont soumis à aucun traitement. Dans l'ensemble pourtant, sauf chez les schizophrènes anciens, la stabilité relative des profils l'emporte sur leur variabilité, et semble confirmer la théo-

rie de Szondi : « La formule d'un individu est assez stable dans les racines profondes de sa structure et dans son architecture. » Le changement de classe pulsionnelle de l'observation 6 ne va pas contre cette interprétation, puisque le passage de l'état de latence à celui de symptôme est caractéristique de la lutte de deux pulsions qui n'arrivent pas à trouver leur équilibre.

Dans la mesure où il se produit une évolution, c'est-à-dire une modification dans tel ou tel vecteur se faisant dans une direction déterminée, on remarque qu'elle se fait chez nos névrosés dans le sens d'une acceptation du réel (observations 1, 2), et chez nos schizophrènes au début (observations 5, 6) dans le sens d'une consolidation du moi.

La névrosée de l'observation 3, qui réclame la guérison sur tous les tons et reste obstinément fixée à sa maladie, à ses choix, garde toujours les mêmes profils. La permanence ou la transformation des profils nous paraît permettre de juger de l'efficacité du traitement. Enfin, la malade numéro 11, — topectomie pour épilepsie —, nous a donné une série de psychogrammes aussi intéressants par les oscillations du facteur e que par la stabilité des autres facteurs ; il semble qu'on ait là une réponse particulièrement nuancée du Szondi-test.

Moins encourageants sont les résultats obtenus chez l'alcoolique numéro 4, le paranoïaque numéro 7 et chez les schizophrènes détériorés 8, 9 et 10. L'incohérence des résultats s'éclairerait-elle en partie pour des spécialistes plus avertis du Szondi ? (Nous avons signalé d'ailleurs au cours de chaque observation des nuances significatives, mais seulement en quelques points). Cette incohérence est-elle due à la violence du traitement ? Mais chez notre alcoolique le traitement n'a pas été violent. Est-elle plutôt la manifestation d'un trouble profond et ancien de la personnalité qui ne « répond » plus comme elle le fait chez les névrosés et les schizophrènes au début ? Vient-elle enfin de l'insuffisance de la méthode ? Ces hypothèses demandent à être vérifiées par des recherches ultérieures. Constatons que ces cas observés correspondent cliniquement à des cas peu ou pas améliorés ; alors que l'évolution du Szondi est — quoique souvent avec un léger retard — dans nos autres cas parallèle à une amélioration clinique.

Nos conclusions n'iront pas plus loin que les résultats objectifs que nous avons obtenus : le Szondi-test s'est révélé chez plusieurs sujets une méthode intéressante, qui ne se substitue à aucune autre, mais surtout, ce qui en fait l'originalité, une méthode *sensible*, donc adaptée à l'étude dynamique des effets de la thérapeutique psychiatrique.

LA CRISE MÉLANCOLIQUE

VUE A TRAVERS LE TEST DE RORSCHACH (1)

PAR

GUY DE BAUDOUIN

Pratiquer un test de Rorschach — chez un mélancolique — c'est étudier ses perceptions, certes, mais c'est aussi exiger du malade un effort volontaire.

Il est habituel de demander encore beaucoup plus à ce test : on tente de sonder une personnalité, d'en analyser ses multiples aspects. Nous serons plus modestes dans nos ambitions. Notre investigation s'est étendue en superficie (103 observations) et non en profondeur. A travers les mélancoliques nous avons cherché à saisir la mélancolie en ce qu'elle a de général. Et mieux encore, nous avons tenté de lire à travers les tests d'évolution d'une crise. Dans ce but, nous avons pratiqué nos examens dès l'entrée du malade, avant toute tentative thérapeutique et dans les jours précédant la sortie, afin de saisir la crise en son acmé et son décours. Cela, nous l'avons fait pour chercher quelles ressources pouvait apporter ce test dans l'estimation d'une amélioration. Et c'est pourquoi nous avons considéré le test avant tout comme une *épreuve d'effort* intellectuel volontaire. Voilà sans doute ce qui permet d'excuser l'originalité de notre étude.

I. — ATTITUDE ET COMPRÉHENSION DU TEST

Avant d'aborder l'étude des interprétations des images par le mélancolique, il nous paraît utile d'envisager l'attitude générale du malade devant le test. Comment va-t-il prendre la chose ? Réagir ?

Nous décelons, déjà, un signe important et qui paraît très

(1) Recherches faites chez 71 sujets dans les Services des Docteurs Paul Abély et E. Martimor.

général aux mélancoliques. Le malade ne peut comprendre l'état d'esprit dans lequel doit être pratiqué cet exercice intellectuel. Il ne comprend pas la « règle du jeu ». Ainsi, choisissons un mélancolique. Expliquons-lui posément que les images que nous allons lui présenter ne représentent rien, qu'il s'agit de taches faites au hasard, mais où l'on peut s'amuser à imaginer des ressemblances, selon l'idée de chacun. Insistons, répétons-le, ou mieux encore, faisons-le répéter. Le malade est incapable de comprendre cela, ou tout au moins de se placer dans l'attitude intellectuelle nécessaire.

Dès les premières réponses vous l'entendrez quêter une approbation : « C'est bien cela, n'est-ce pas ? », « Ai-je bien dit ? », ou encore excuser son manque de connaissances : « Je n'ai pas fait d'études », « Je ne connais pas l'histoire naturelle » ou « l'anatomie ». En somme, il ne peut envisager le test que comme une *épreuve*, destinée à explorer ses connaissances ou à prouver son infériorité. Nous ne prétendons pas, d'ailleurs, que cette incompréhension de la « règle du jeu » soit particulière à la mélancolie, mais elle est pour ainsi dire constante chez ces malades, quel que soit le niveau intellectuel, et son absence est déjà révélatrice d'une amélioration considérable, ou même d'une erreur de diagnostic.

Il nous paraît utile, aussi, de noter l'intérêt que le malade apporte à l'exercice qu'on lui propose. Bien qu'il soit difficile d'objectiver ce symptôme, une observation attentive suffit à le retenir. En général, l'effort, stérile ou non, que nécessite le test, est très pénible aux malades, qui en souhaitent la fin. Aussi, une attitude de curiosité, de complaisance à un jeu intellectuel, paraît-elle un bon signe d'amélioration ou de benignité.

Enfin, il va de soi que certains mélancoliques opposants refusent de se soumettre au test.

II. — CONSÉQUENCE DU PESSIMISME MÉLANCOLIQUE : LES ÉCHECS

Etudier les perceptions, les ressources imaginatives d'un mélancolique, le placer dans une situation qui exige de lui un effort intellectuel, c'est beaucoup demander à ces malades. Et l'on ne saurait s'étonner des résultats : la pauvreté générale des interprétations, l'échec.

Dans l'âme mélancolique, en effet, tout concourt à susciter l'échec : le pessimisme, le manque de confiance en soi, la certitude d'une irrévocable déchéance intellectuelle, d'une part ; la

carence perceptive, imaginative, volontaire, la lenteur d'esprit, le caractère laborieux et pénible des opérations intellectuelles, d'autre part. La défaite est consommée d'avance. Ces malheureux sont vaincus avant d'avoir osé.

Cela se traduit par un geste bien caractéristique. Le refus de la planche précédé d'une période plus ou moins longue de méditation douloureuse. Aveux d'impuissance. Il faut bien distinguer ce refus laborieux, timide, désespéré, du refus spontané, impulsif et immédiat, fréquent aussi chez le mélancolique, mais qui a une toute autre portée, exprimant les tendances négativistes du malade. Cela est facile en pratique. Il suffit de noter, sur le protocole, le refus impulsif ou l'échec.

En fait, cet échec est tellement démonstratif de la mentalité mélancolique, que, si l'on voulait définir le protocole-type de cette maladie, il faudrait imaginer un résultat absolument blanc, commenté seulement de quelques lamentations exclamatives. Nous avons recueilli, en effet, plusieurs tests de ce type, ou presque.

Devant ce pessimisme irréductible, le médecin est tenté de se départir de l'implacable impassibilité qu'exige une attitude objective et de prodiguer des encouragements. Nous avons bien-tôt ainsi réagi, chaque fois qu'une planche était refusée. Si après une telle invigoration, le malade parvient à fournir une interprétation, nous avons noté « demi-échec ». Si nos efforts restent vains, l'échec est complet. Cela permet d'avoir des protocoles moins pauvres et de mieux doser le pessimisme ; parfois de distinguer ce qui revient à la crainte scrupuleuse, à la peur de la gaffe, de ce qui est une véritable carence imaginative. Notons, au passage, que toutes les planches ne représentent pas la même difficulté d'interprétation ; la gravité d'un échec est donc aussi relative à cette difficulté.

Si toute la conscience mélancolique tend vers l'échec, la déroute peut ne pas être aussi totale et entière que celle que nous venons d'envisager. Sous la pression à la fois de l'exigence de la tâche à accomplir et de la vigilance de l'observateur, le mélancolique ne semble pas plus capable d'y répondre que de s'y dérober. Il en résulte toute une série d'échecs partiels, qui se dégradent en une échelle de réponses plus ou moins fuyantes, qui se dissimulent derrière des interprétations qui ne sont pas de véritables interprétations, en ce sens qu'elles n'en ont ni la certitude, ni la précision.

Ce type de réponse est le plus fréquent chez le mélancolique. Nous en individualiserons plusieurs modes.

Les « *réponses vagues* », ébauches d'interprétations qui n'osent s'affirmer. Il s'agit de « taches », « d'animaux » dont on ne peut préciser ni l'espèce, ni le type, de « monstres » aux formes étranges, ce qui témoigne à la fois de l'impossibilité de trouver une ressemblance et peut-être d'une appréhension devant un inconnu menaçant, d'organe humain que l'on ne sait reconnaître, etc... Toutes ces réponses ont pour caractère commun d'être à la fois imprécises spontanément, et indéfinissables *a posteriori* quand le test fini, on essaye de faire dire au malade quelle ressemblance il a évoquée, ce qu'il ne faut jamais omettre de faire. Si vous demandez par exemple : « A quel animal pensez-vous que cela ressemble ? à un mammifère ? ou à un insecte ? » Il ne sait pas. Il a épuisé là ses ressources interprétatives et ne peut aller plus loin.

Ailleurs la réponse est mieux définie, mais entourée de combien de réserves, de rectifications, de corrections ! A peine une opinion formulée, on dirait qu'il tente de retirer ce qu'il a dit ! « On dirait un lion, mais ce n'est pas un lion. Les lions n'ont ni la tête, ni les pattes faites de cette façon-là. » C'est ce type d'interprétation que nous avons appelé « *réponses corrigées* ».

Bien proches de ces dernières sont les « *réponses amputées* ». « A ce loup il manquerait une patte », « cela ne peut pas être un écureuil puisqu'il n'a pas de queue », « Ce serait un homme, mais il n'a que la moitié du corps ! », ou encore les « *réponses monstrueuses* » : « Corps bosselé, membres déformés, têtes à demi-rongées, etc... » Ce type de réponses est fréquent. Mais pour avoir une valeur diagnostic, elles doivent être dubitatives. Elles témoignent d'une crainte, d'un scrupule à fournir une interprétation. C'est ainsi que des réponses du type « Un canard à trois pattes », « Un lapin volant », « L'ogre de la fable », témoignent d'une imagination fertile et non d'un souci psychasthénique.

Bien rares, chez le grand mélancolique, sont les « *réponses petit détail* ». Notre expérimentation ne nous en a montré que très peu. Noyé dans la complexité d'un « tout » qui l'accable, le malade ne peut en soustraire la moindre parcelle pour l'analyser. Il semble incapable de cet acte élémentaire d'abstraction. Sous le poids de la tâche qui l'écrase, il ne sait s'y soustraire.

Trouver dans un détail, même minime, une ressemblance satisfaisante, en effet, c'est déjà une manière de se dérober, de trouver un biais échappatoire. C'est une adaptation inférieure à une situation qui nous dépasse. Incapable d'embrasser l'étendue d'une situation on peut l'envisager par le petit bout. Ce biais

sauveur, le mélancolique ne le trouve pas. Dans la détresse de sa catastrophe, le naufragé tend la main vers la planche de salut. Eveil de l'espoir. Ce geste de la main, le mélancolique ne le tente pas, aussi les « réponses petit détail », qui peuvent être interprétées aussi comme des échecs partiels, se rencontrent-elles surtout chez les malades qui vont mieux.

Voici un exemple bien typique :

OBSERVATION 52. — Mme R..., 53 ans, deuxième épisode mélancolique ; hospitalisée pour homicide altruiste.

- | | |
|--|---|
| I. — Réponse vague, corrigée. | Ce n'est pas plus un thorax qu'un oiseau. Ça imiterait plutôt une chauve-souris, mais ce n'est pas une chauve-souris. Qu'est-ce que c'est, Monsieur ? |
| II. — Réponse vague. | Deux têtes d'animaux (ça n'est pas des animaux. Ils ont ça. Désigne la projection supérieure médiane). Peut-être une tête de chien ? |
| III. — Réponse détail inclus dans une réponse imprécise. | Des imitations de têtes d'animaux. Ça imite un peu le cou de l'autruche (désigne la tête des personnages vus habituellement). Mais, ce n'est pas ça. |
| IV. — Réponse corrigée. | Une carapace de rat.. Enfin, une peau de bête quelconque. |
| V. — Demi-échec. | Dans le fond, ça ne ressemble à rien (repose l'image. J'insiste), du poil de bête, une bête quelconque, c'est-à-dire une peau tannée. |
| VI. — Echec. | Ecoutez, je ne trouve rien. J'ai peur de dire des bêtises. C'est une ombre de quelque chose. |
| VII. — ? | Ça imite des arabesques (c'est-à-dire que ça ne représente rien). |
| VIII. — Réponse corrigée. | Une imitation d'un petit cochon d'Inde. Enfin, d'un mammifère quelconque.. Ce n'est pas un mammifère... c'est un rongeur. |
| IX. — Réponse vague. | C'est un dessin coloré en rose, en vert, en orange. |
| Réponse détail. | On aurait l'impression de distinguer des deux côtés comme deux petites têtes de chat (tache marron dans le vert). |
| X. — Echec. |
Il n'y a rien de précis.
.....
Je vous dirais des bêtises, alors ! |

III. — CONSÉQUENCE DE LA CARENCE INTELLECTUELLE : LA PAUVRETÉ DES RÉPONSES

Lorsque l'on se penche sur les protocoles du test de Rorschach des mélancoliques, on reste absolument confondu par la pauvreté générale des interprétations pourtant si laborieusement élaborées ! Cette pauvreté se traduit à la fois par la rareté des réponses et la médiocrité du contenu de chacune d'elles.

Le petit nombre de réponses est dû, pour une part, au refus de planches. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point. Mais cette rareté tient aussi à d'autres causes qui sont assez fréquentes pour mériter d'être analysées.

Ce sont : la tendance à l'interprétation globale de l'image et la tendance à donner une interprétation unique pour chaque planche.

L'interprétation de la tache en son ensemble, c'est-à-dire, en langage technique, les réponses G., peuvent être la marque d'un esprit synthétique aux possibilités intellectuelles considérables. Dans ces cas, chaque détail important, rapidement analysé, s'est fondu dans un ensemble original, mais où l'on peut retrouver les éléments de l'analyse première.

Pour fixer les idées de ceux qui n'auraient pas l'habitude de ce test, nous choisirons l'exemple du malade, qui interprète la planche IX : « Un diable qui bout dans une marmite ».

Il ne s'agit pas de cela chez le mélancolique. Ici les réponses G. ne témoignent pas d'un processus de synthèse mais d'une absence d'analyse, ou même d'une impossibilité d'analyse. Ce sont les « G. primaires » des techniciens. Il semble qu'il soit au-dessus de ses forces de se dégager de l'ensemble qu'il a devant les yeux, pour en détailler les principales parties ; ces G. resteront des formes vagues, floues, grossièrement ébauchées.

C'est ainsi qu'il interprétera la planche IV « Un monstre », qui souligne à la fois l'aspect difforme et informe qu'évoque pour lui cette image et l'impossibilité où il se trouve d'aller plus loin.

Il faut aussi remarquer que cette tendance à une interprétation totale peut provenir d'une autre cause. Rappelons-nous que le mélancolique ne comprend pas la règle du jeu. Pour lui les images qu'on lui présente sont des sortes de devinettes. Ces images représentent bien quelque chose, mais quelque chose qu'il ne connaît pas. Comment s'étonner alors qu'il tente de les définir globalement ? Comment s'étonner aussi qu'il en donne une interprétation unique ? Puisque cette tache représente un chat, elle ne

peut représenter autre chose. La logique du mélancolique se heurte là au principe d'identité. L'individu normal conçoit bien que selon qu'il doit porter son attention sur telle ou telle particularité, selon l'angle visuel avec lequel il l'envisage, il puisse évoquer plusieurs solutions. Il pense que cette tache puisse représenter à la fois, par exemple, une chauve-souris et un os du bassin. Le mélancolique qui aura été frappé par les mêmes détails ne peut penser cela. Comme il ne trouve pas de compromis entre ces deux hypothèses, ses réponses restent vagues. Il dira par exemple : « Ce n'est pas une chauve-souris, les chauves-souris n'ont pas de trous dans les ailes. » Réponse négative. Solution avortée. Il résulte de cet état d'esprit que si la réponse a été globale, elle reste unique. Il ne tentera pas de reprendre un détail pour en trouver une solution particulière, indépendante. A moins qu'il ne désigne une partie de l'image qu'il a interprétée comme les ailes, ou les pattes de la chauve-souris.

Si au contraire, échouant dans une réponse globale, il interprète un grand détail, il pourra ensuite recommencer sur un autre, tendant ainsi de proche en proche à étudier la planche tout entière. Mais jamais il ne reviendra sur une partie déjà définie pour en donner une autre solution. Cet effort pour interpréter la planche entière, en analysant successivement ses principales parties, reste le plus souvent incomplet. Il devra s'arrêter en chemin, mais à contre-cœur. Il garde le remords de n'avoir pas satisfait la tâche à accomplir. Dans ces cas on note tout de même cette tendance, soit par l'aveu de son échec (« Cette partie-là, par exemple, je ne sais pas ce que cela peut représenter ! »), soit par une longue hésitation avant de reposer la planche. Equivalence temps d'un effort stérile. Il l'explique très bien quand on lui en demande la cause. Ainsi s'exprime son mode d'appréhension : tendance au G. pur, par impossibilité d'abstraire, tendance à une interprétation systématiquement topographique mais le plus souvent incomplète, quand il parvient à analyser.

OBSERVATION 16. — F..., 38 ans, mélancolie récidivante avec tentative de suicide.

NOTES	INTERPRÉTATIONS	EXPLICATIONS
I. — G., animal, amputée.	Une chauve-souris... Enfin, un oiseau.	L'ensemble. Il y a des ailes, mais pas de têtes. Peut-être est-il mort en décomposition ?

OBSERVATION 16. — F..., 38 ans, mélancolie récidivante avec tentative de suicide.

NOTES	INTERPRÉTATIONS	EXPLICATIONS
II. — D., animal, vague.	Des monstres.	Les taches brunes. Ce sont des bêtes que l'on ne peut pas classer.
D., anatomie, corrigée.	Une main.	Les taches rouge supérieur. Elle porterait des mitaines et le petit doigt dépasse.
III. — G. ou D., homme, vague.	Deux hommes. Ce serait des monstres.	Personnage habituel. Ils ont une tête de bête.
D., objet.	Un baquet.	Partie noire inférieure médiane. La forme.
D., animal, banale.	Un papillon..., hésite, repose enfin la planche.	Partie rouge centrale.
IV. — G., animal.	Une chauve-souris.	L'ensemble. Vu la tête en bas.
V. — G., animal, banale. Plusieurs variations.	Une chauve-souris.	L'ensemble.
VI. — G., animal, vague.	Peut-être un monstre aussi. (<i>Il rit</i>).	Le contour inférieur médian. La gueule. La projection supérieure, la queue.
D., animal, détail.	Les crochets de la bête.	Petit détail en bas.
VII. — G., animal, vague, amputée. . .	Des monstres qui dansent.	L'ensemble. Les parties supérieure et médiane : la tête et le tronc. On ne voit pas les pieds.
VIII. — G., animal, vague.	Deux monstres qui grimpent après une muraille, un arbre ou un rocher.	Les animaux habituels. Toute la partie centrale peut représenter la muraille, ou l'arbre, ou le rocher.
IX. — G., animal, originale.	Deux monstres dans une marmite. Audessous un brasier.	Orangé sup. : les monstres. Vert : la marmite. Rouge inf. : le foyer. Ce sont des monstres imaginaires.

NOTES	INTERPRÉTATIONS	EXPLICATIONS
D., objet.	Une poignée. Peut-être la poignée de la marmite.	La ligne médiane.
X. — G., scène.	Toute une série de personnages monstrueux qui se battent.	Dans le gris sup. : petite figure ; une autre ici, le bleu et ici... et ici le vert inf., le gris latéral.

Dans ce test, où l'on voit bien la tendance aux réponses globales.

Chaque fois qu'un détail est ensuite remarqué, il est reporté à l'ensemble. Planche VI-IX.

On peut aussi voir l'ébauche d'une interprétation topographique II-III.

Nous avons tenté d'éclaircir les causes de la pauvreté des interprétations, il nous reste à examiner en quoi elles le sont, toutes considérations subjectives devant être écartées d'un test.

Nous remarquons tout d'abord leur banalité. Ce sont les visions de tout le monde, les perspectives du premier coup d'œil qui surviennent avec une remarquable fixité. On trouve la courte liste de ces réponses banales dans tous les manuels traitant du test de Rorschach. Nous n'insistons pas. Quand une préoccupation délirante influence une interprétation dans un sens original, cette originalité de mauvais aloi est encore plus tristement évocatrice.

Les théoriciens du Rorschach ont depuis longtemps remarqué que quand le contenu des réponses se cantonnait dans le domaine des animaux ou de l'anatomie, cela exprime une pauvreté intellectuelle, un esprit conformiste, un indice de stéréotypie. De telles séries de réponses sont courantes chez le mélancolique avec une prédilection toute spéciale pour les organes internes, reflet de préoccupations hypocondriaques.

Enfin un bon indice de la valeur intellectuelle d'un sujet est son pourcentage de bonne forme que l'on juge en se référant à une évaluation statistique étalonnée.

Il faut en outre que la perception définie réponde dans l'esprit à une image précise, non influencée par des perceptions précédentes.

Un individu intelligent sait choisir, parmi la richesse de ses souvenirs, l'interprétation la plus exacte. Le mélancolique, malgré son souci d'exactitude et la sévérité de son autocritique, n'arrive qu'à réaliser une image floue, indécise.

Il ne parvient pas à se dégager de la matérialité de la « tache d'encre » pour en isoler le schéma, évoquer le souvenir qui s'en rapproche. A la première difficulté le plus souvent insurmontable, « abstraire », s'ajoute une autre impossibilité, « choisir ».

Il en résulte une ambiguïté dans la notation des formes. Ces animaux, ces organes indéfinis, ces formes vagues que l'on doit noter F — (formes mal vues), répondent au fond au même mécanisme d'impuissance, que des appellations plus précises, des figures amputées, remaniées, corrigées, que l'on devrait noter bonne forme F + ; l'appréciation est bien souvent délicate.

Enfin esprit lent, aux préoccupations lancinantes, le mélancolique est souvent influencé par les interprétations précédentes et répète ce qu'il avait dit à la planche précédente. Bien entendu il faut noter F —, mais cette persévération peut avoir un sens clinique plus précis, traduisant par exemple une préoccupation obsédante ou une évolution vers la chronicité. Il faut en tout cas bien les remarquer sur les protocoles et leur réserver une attention toute spéciale.

OBSERVATION 56. — Mme N..., 32 ans, état dépressif post-puerpéral.

NOTES	INTERPRÉTATIONS	EXPLICATIONS
I. — G., F +, animal, banale.	Une chauve-souris.	L'ensemble. Ici, ses ailes, ses pattes, sa tête.
II. — D., F +, animal, banale.	x. Une bête aussi. xx >. Une bête ouverte en deux x avec ici la queue (rouge inférieur, x.	La tache brune. C'est un genre d'ours.
III. — G., K., homme, banale.	Des personnages. Ils ont un chapeau à la main, x > <.	Habituel.
D., F +, animal.	Un singe là, x.	Rouge supérieur.
IV. — G., F ±, animal, vague.	x, une bête aussi, x, une bête ouverte.	Je ne sais pas laquelle.
V. — G, F +, animal, banale.	Un papillon.	L'ensemble.
VI. — G, F +, animal, vague.	Une chèvre ou une mouche. Elle a été ouverte.	L'ensemble.

OBSERVATION 56. — Mme N..., 32 ans, état dépressif post-puerpéral.

NOTES	INTERPRÉTATIONS	EXPLICATIONS
VII. — D., F +, anatomie ou sexe.	V, x. Le bas du corps d'une femme.	Là au milieu (ligne médiane), c'est l'anus.
D., F —, anatomie.	Le bassin.	Ne sait pas dire où ?
VIII. — G., F $\pm$, animal, banale.	V. Une bête... Elle est montée sur une espèce de rocher.	Une bête quelconque.
IX. — D., F +, homme, détail.	> Δ XX. Une tête grimaçante avec un long nez crochu, V >, V >, X.	Rouge orangé supérieur.
X. — G., F —, anatomie.	L'intérieur du corps, X, V, X.	Corps ceci (bleu central). Me fait penser à des os.

Remarque. — L'épreuve dure une demi-heure. Le signe x correspond à une demi-minute d'hésitation. Les signes V, >, indiquent l'orientation de la planche.

IV. — LES CONSÉQUENCES DU NÉGATIVISME : LES RÉACTIONS D'OPPOSITION

En clinique psychiatrique les réactions d'opposition sont fréquentes chez les mélancoliques négativistes. Comment se traduisent-elles ici ?

Nous avons vu que certains mélancoliques refusent de se soumettre aux tests. Il s'agit d'une attitude hostile, butée. Elle s'exagère si l'on insiste. Pratiquement il importe de distinguer cette attitude de refus, obstinée et inexplicable, de la réserve de certains influencés, qui ont reçu l'ordre de s'abstenir, ou de la méfiance de certains persécutés.

Les réactions d'opposition peuvent être moins marquées. Elles apparaissent alors en cours d'examen par le rejet impulsif des planches présentées. Toute insistance est illusoire, inutile. Il en est de même de certains rejets impulsifs après une interprétation pauvre ou absurde. Un bref coup d'œil, ou même l'intention ostentatoire de ne pas regarder, et la planche est immédiatement interprétée et rejetée. Il y a là comme une attitude de défi, d'impertinence, bien différente des réactions de frayeur que certaines planches inspirent à quelques malades souvent hallucinés. Ils la

regardent alors avec horreur et la rejettent comme si elle leur brûlait les doigts.

Chez le mélancolique opposant, enfin, la même réponse absurde peut se répéter à chaque planche. Cette persévération absurde est un moyen de se soustraire à un examen importun. La vanité de tout effort de persuasion prouve dans tous les cas la spécificité de la réaction d'opposition.

V. — LE COMPORTEMENT ET LES RÉACTIONS AFFECTIVES

En dehors d'une attitude négativiste, le comportement mélancolique peut revêtir deux types inverses : la mélancolie inhibitrice où les réactions gestuelles et miniques sont au minimum, l'agitation anxieuse où toute une activité, impulsive, désordonnée, stérile, traduit en mimique et en gestes le désespoir qui l'anime. On peut objectiver sur le papier ces deux comportements en observant les manœuvres des doigts qui tiennent la planche et en les consignait. Dans le premier cas, ils restent immobiles et comme paralysés, sans effort pour changer l'orientation du carton. Parfois, même, celui-ci demeure posé sur la table et le malade n'y touche pas, se contentant de le fixer intensément. En cas d'anxiété, au contraire, la planche est tournée dans tous les sens, regardée de loin, de près, à l'endroit, à l'envers.

En notant, comme il est habituel, ces changements de perspective, par des signes conventionnels, cela permet de concrétiser sur le papier le mode d'activité.

Une des caractéristiques les plus originales du test de Rorschach est l'étude de l'émotivité selon le mode de réaction aux couleurs. C'est là, une des ressources les plus fertiles en enseignements du test. Les individus les plus impressionnables et les plus impulsifs sont ceux qui réagissent le plus vivement. Malheureusement cette étude est d'une pratique délicate. Certains cas défient la perspicacité des psychologues les plus avertis. On se demande si telle interprétation a été davantage influencée par la forme ou par la couleur. Comment la noter ?

Lorsqu'il s'agit de psychopathes et surtout de mélancoliques il n'en est pas de même. Il faut des signes évidents, grossiers, des réactions caricaturales qui traduisent des perturbations franchement pathologiques. Une fine analyse n'a plus sa place. Un psychopathe est, par définition, anormal : ses réactions n'ont aucune commune mesure avec celles de sujets sains. Il ne s'agit donc plus de savoir dans quelle mesure, telle interprétation a été

influencée par la couleur, mais de noter les émotions violentes que le malade n'a pu surmonter, les « chocs couleurs » indiscutables.

De tels chocs émotifs existent chez le mélancolique ; ils sont de deux types.

1° *Les réactions paralysantes.* — Le malade qui a pu donner une ou plusieurs interprétations à la première planche reste sans voix quand on lui montre la planche II où se trouvent des taches rouges. Il reste comme pétrifié pendant de longues minutes et ne parvient pas à formuler une interprétation si ce n'est une exclamation à mi-voix, « du sang, c'est du sang ». L'émotion persiste parfois encore à la planche III, qui est pourtant d'une interprétation facile, mais où l'on retrouve encore deux taches rouges.

De tels « chocs rouges » sont très fréquents chez les mélancoliques. Ils sont toujours, alors, caricaturaux. En général, ils disparaissent complètement quand l'amélioration est suffisante.

Il en va de même des planches telles que la planche IV et la planche V de la série habituelle. Le mélancolique qui vit dans un univers menaçant est impressionné par ses masses noires et d'aspect sinistre. Il éprouve le « Choc Clob », qui, outre la stérilité des réponses, peut se traduire par des réactions de frayeur. Il repousse rapidement l'image qui le terrifie, ou encore reste fasciné, comme pétrifié par l'objet de ses préoccupations lugubres. Certains y voient une signification magique : « Cela veut dire que je vais être estropié », nous disait une malade. C'est ici que les interprétations de monstres se chargent d'une valeur affective.

2° Inversement, les images aux couleurs douces, telles que celles de la planche VIII, provoquent chez certains une *réaction libératrice*. Les malades se sentent soulagés et interprètent facilement. Il ne faut pas se hâter de juger cependant, car la planche VIII possède une image latérale, — assez facile à identifier à un animal —, et généralement reconnue. On se base d'ailleurs sur l'attitude et l'expression du visage. Cette émotion agréable est parfois suffisante pour lever l'inhibition et faciliter le contact avec les planches suivantes. Mais ailleurs, dès la suivante, le malade retombe dans sa perplexité. Il est vrai que la planche IX, aux couleurs plus dures, est aussi plus impressionnante. En dehors de cette réaction libératrice de la planche VIII, l'émotivité à la vue des taches colorées « chocs couleurs » paraît très variable.

Enfin, il est tout à fait habituel que le contenu des réponses reflète les préoccupations anxieuses du malade. Nous avons vu la fréquence des interprétations anatomiques, et il suffit de se rappeler les tendances hypochondriaques de beaucoup de mélancoliques. Ces réponses sont d'autant plus typiques qu'il s'agit d'organes internes « rongés », « avariés », détruits », selon les expressions les plus communes, d'images appelées « intérieur du corps », de figures humaines ou animales ouvertes en deux et dont on voit les viscères, des « corps sanglants », etc... L'une de nos malades avait fourni uniquement des interprétations sexuelles. Nous apprîmes ensuite en lisant son observation qu'elle était tombée malade à la suite d'une hystérectomie qui lui enlevait tout espoir d'une maternité ardemment désirée. Telle autre, qui a pu faire quelques excès de boisson pour oublier ses soucis, voit tous ses organes rongés par le poison.

VI. — LA DYNAMIQUE DU TEST : LE FACTEUR TEMPS

Un test de Rorschach ne serait pas complet s'il n'était chronométré. On se priverait là d'un élément important d'appréciation : l'élément dynamique du test. Il suffit en pratique de noter la durée totale de l'épreuve et de marquer, toutes les trente secondes, par exemple, des repaires qui accompagnent les interprétations. Nous avons procédé ainsi. Cela permet de concrétiser et de traduire en chiffres bien des éléments, qui seraient autrement d'appréciation subjective : la bradypsychie par exemple, dont on connaît la valeur sémiologique, est mesurée par le rapport du temps de l'épreuve au nombre général de réponses ; la fatigabilité intellectuelle, quand le temps mis à chaque réponse croît au fur et à mesure de l'épreuve.

Bien mieux on note la longueur des hésitations, qu'elles soient de nature intellectuelle ou émotive. Dans ce dernier cas, on pénètre la valeur affective de l'image ; la notion de choc et le temps mis pour le surmonter. Ce sont surtout ici des hésitations de début. Dès que le malade est mis en contact de l'image, elles apparaissent. Mais il existe une hésitation d'un autre ordre ; après avoir épuisé ses ressources imaginatives, le malade ne se décide pas à reposer la planche sur la table. Il ébauche ce geste mais ne parvient pas à l'achever. Il arrive enfin qu'en présence d'une tache qui présente par exemple 3 parties distinctes, il donne 2 réponses et réfléchit stérilement pour définir la troi-

sième partie. Nous avons vu que cette équivalence temps témoignait du désir d'interpréter la tache entière.

Le chronométrage de l'épreuve est aussi bien utile quand on compare les résultats de deux tests pratiqués chez le même malade pour juger de l'évolution. Enfin il permet de distinguer la bradypsychie, les hésitations, de véritables barrages et aide ainsi au diagnostic différentiel.

VII. — VALEUR PRATIQUE DE L'ÉPREUVE

Par l'analyse psychologique délicate qu'il permet, le test de Rorschach apporte un appoint important dans la connaissance des mélancoliques. Dans certains cas particuliers, il peut aider à un diagnostic difficile. Pour bien fixer les idées sur ce point, nous donnons un exemple de ce qui n'est pas un Rorschach de mélancolique. Il s'agit d'une jeune déséquilibrée qui fit une tentative de suicide et entra dans le service pour état dépressif.

OBSERVATION 71. — L..., 26 ans.

NOTES	INTERPRÉTATIONS	EXPLICATIONS
I. — G., F +, animal.	Un oiseau nocturne. X.	Toute l'image.
D., F +, animal.	Un insecte au centre avec de grandes ailes.	La figure médiane.
II. — G., F +, animal.	Deux ours nez à nez dans un cirque avec un chapeau sur la tête.	Le chapeau est la tache rouge supérieur.
III. — D., F +, animal, banal.	Un papillon.	Rouge central.
G., K, homme.	Deux dames en train de s'arracher un panier. Ce doit être des dames car elles ont des jupes, des talons hauts et de la poitrine, mais un visage bizarre en forme de museau.	Personnage habituel.

OBSERVATION 71. — L., 26 ans.

NOTES	INTERPRÉTATIONS	EXPLICATIONS
IV. — G., F —, abstraction.	X. Les dessins qu'on voyait dans les kaléidoscopes.	A cause de la symétrie.
D., F +, animal.	Λ, V, X. La forme d'un taureau dans le bas au centre.	La tête.
V. — G., F +, scène.	X, V, Λ. Le profil d'un enfant couché de biais sur une femme avec un drôle de turban.	
VI. — G., F., Clob, radio.	Une radio du poumon.	L'ensemble, ça donne l'impression de transparence, en haut un peu la forme de l'œsophage.
VII. — G., K +, homme.	Deux mégères au sommet de deux rochers qui sont en train de se disputer.	L'ensemble.
VIII. — D., F +, plante.	Un sapin dans le haut.	Gris supérieur.
D., F.C., feu.	Un feu en bas au milieu de quatre rochers comme au camping.	La partie orange et rose inférieur.
D., F.K., animal, banal.	Autour bêtes en train de danser. Souris sans queue en train de s'accrocher dans les branches.	Habituel.
IX. — D., C.F., plante.	Oh ! je vais avoir du mal avec celui-là ! Un peu de verdure au milieu. Le printemps approche.	La tache verte.
Dd., F +, homme, détail.	Dans le rose des mains le pouce et le doigt.	Petit détail sur le bord supérieur de la tache rose.
Dd., F +, anatomie.	Un gros ventre de femme enceinte.	Bord interne de la tache orangée supérieur.

NOTES	INTERPRÉTATIONS	EXPLICATIONS
X. — G., F.C., scène.	A. Des insectes dans la forêt.	L'ensemble.
D., F +, animal.	Chenille.	Vert inférieur.
D., F +, animal.	V, A. Hannetons.	Petite figure dans le gris supérieur.
D., F +, animal.	>. Cocons.	Marron latéral.
D., F +, plante.	A. Branche d'arbre avec les glands jaunes.	L'arbre est la tache rose, la branche grise avec les glands jaunes.
D., F +, plante.	Des feuilles.	Jaune central.

CONCLUSIONS

Mais le problème le plus délicat en clinique est de juger de la valeur d'une amélioration et le cas échéant de permettre une sortie dans des conditions favorables. La ressource de l'objectivité d'un test peut être alors une aide précieuse. C'est dans cet esprit que nous avons entrepris cette étude.

Des nombreux cas que nous avons étudiés on peut induire les conclusions suivantes.

Tout d'abord il n'est pas possible d'apprécier une amélioration si l'on n'a pas pratiqué un test préalable, pendant la période aiguë de la crise, auquel on puisse se référer.

Les électro-chocs constituent un élément perturbateur considérable, dans les résultats du test. Il faut tester avant tout traitement et quand un temps suffisant s'est écoulé depuis la fin du traitement.

Ces deux conditions étant établies, on s'aperçoit que certaines données du test sont essentiellement labiles et disparaissent rapidement. Ce sont les composantes émotives, anxieuses ou délirantes :

1° les chocs rouges, les chocs sombres ne sont plus sensibles ;

2° les interprétations pathologiques : le monstre d'hier se transforme en un inoffensif « toutou », les viscères rongés, malades, les corps sanglants ne sont plus retrouvés ; on observe des essais d'interprétation rationnelle de ce qui était des images terrifiantes ;

3° les échecs complets ou les demi-échecs doivent également disparaître totalement, les interprétations qui étaient hésitantes, d'animaux plus ou moins vagues et incomplets, s'affirment et se définissent mieux ;

4° l'intérêt porté au test croît tandis que sa compréhension est meilleure ;

5° enfin, le chronométrage du test montre l'absence d'hésitation malade.

Mais les éléments intellectuels proprement dits, ceux qui apprécient le fond mental, persistent tout au moins un certain temps. Ce sont :

1° le contenu formel des réponses, mais comme vidé de sa charge affective ;

2° le type d'appréhension avec sa tendance aux réponses globales ou d'analyse systématique ;

3° la pauvreté des réponses et leurs banalités ;

4° enfin le nombre des réponses varie peu, compte tenu des planches qui ne sont plus refusées.

Toutefois, si sa période mélancolique passée, le malade amorce une période d'excitation, on peut voir un bouleversement beaucoup plus complet dans les données de l'épreuve. Le nombre des réponses augmente, les détails sont rapidement perçus.

Les interprétations, très légèrement étayées, apparaissent, les commentaires sont inépuisables.

En somme, on peut conclure de cette étude que le test de Rorschach, utilisé dans les conditions ci-dessus déterminées, peut rendre de grands services au clinicien. Mais, il ne constitue que l'image d'un état mental particulier, à un moment donné, si l'on veut son cliché photographique. A ce titre, il ne peut que confirmer une impression clinique qui se base, elle, sur des éléments évolutifs, indispensables au diagnostic. Quand, à la suite d'un traitement efficace, on a pu voir le malade retrouver son appétit, son sommeil ; quand sorti de ses méditations douloureuses, il reprend goût à la vie, renaît à l'espoir et à une activité efficace, le contrôle d'un test permet de vérifier cette amélioration. Mais les méthodes psychométriques, à tant d'égards si précieuses, deviendraient les instruments les plus dangereux, si elles n'étaient soumises à l'épreuve du bon sens.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 26 avril 1954

Présidence : M. Paul ABÉLY, vice-président

Annonce d'un legs du D^r Hans Evensen à la Société médico-psychologique

M. Paul ABÉLY, *président*. — Mes chers collègues, dans l'après-midi du jeudi 22 avril dernier, notre trésorier O. Garand et moi-même étions priés de passer à l'Ambassade de Norvège pour une importante communication.

Attendus et immédiatement introduits auprès de M. l'Ambassadeur à Paris, celui-ci nous remit un chèque de neuf cent mille francs, destiné à notre Société. Il nous précisa qu'il s'agissait d'une donation testamentaire d'un de nos anciens et fidèles membres associés étrangers, le D^r Hans EVENSEN. Ancien médecin-chef de l'hôpital psychiatrique d'Oslo, le D^r H. Evensen faisait partie de notre Société depuis 1907.

Selon la volonté du défunt, le revenu de ce capital est destiné à offrir une bourse de voyage à un jeune psychiatre français désireux de se rendre en Norvège et dans les pays scandinaves pour y connaître l'assistance aux malades mentaux et son fonctionnement.

Il nous a été dit que le D^r Evensen avait fait un don identique à la Société de médecine mentale norvégienne pour permettre à un jeune psychiatre norvégien de venir prendre contact avec la psychiatrie française et avec notre Société.

M. l'Ambassadeur a ajouté ce détail émouvant, à savoir que le D^r Hans Evensen, de situation de fortune modeste, avait consacré une partie de sa vie à économiser cette somme pour pouvoir réaliser ce projet, qu'il nourrissait depuis longtemps.

Au nom de vous tous, nous avons exprimé à l'Ambassadeur de Norvège notre profonde gratitude et aussi combien nous étions touchés de ce geste, qui symbolisait les liens affectifs et intellectuels qui unissaient nos deux pays, ainsi que la considération dont jouissait notre Société à l'étranger.

Tout à l'heure, notre Conseil d'Administration s'est réuni pour accepter

officiellement ce don, selon le terme de nos statuts, et pour en étudier les modalités d'emploi. Celles-ci seront publiées dans un prochain numéro des *Annales médico-psychologiques*.

En même temps que le nouveau « *prix Hans Evensen* », il y sera précisé la liste des anciens prix et leur adaptation aux *nouvelles conditions monétaires*.



COMMUNICATIONS

Nouvelles considérations concernant les effets thérapeutiques de l'épuisement des réactions réflexes aux prises de sang, par MM. M. BACHET et P. MARCHAIS.

L'utilisation en thérapeutique psychiatrique de l'épuisement des réactions déterminées par la prise de sang nous a paru nécessiter d'autres précisions du fait des résultats obtenus.

Les réactions peuvent être considérées comme névropathiques (spasme de sanglot), ou sont franchement vaso-motrices, pouvant aller jusqu'aux lipothymies. Nous pensons qu'elles présentent une structure commune basale. Par exemple, un malade ayant réagi à la première épreuve par une lipothymie, réagira souvent à la seconde par une réaction d'aspect purement émotif, avant d'aboutir à l'absence de réaction. Cependant, la réaction lipothymique offre à l'observation objective des documents plus précis, ceux d'une très grosse réaction vagotonique en général (bradycardie, hypotension, sueurs, etc...). Lorsque la lipothymie a entraîné la chute du malade, la tension artérielle remonte ; pendant quelques instants, toute tentative du malade pour s'asseoir entraîne une nouvelle chute de tension artérielle. Il existe une hypotension orthostatique passagère. Tout se passe comme si le système régulateur de la tension artérielle était transitoirement inhibé aux changements de position.

Les conditions qui provoquent la réaction doivent être analysées. Une est essentielle : le malade doit être debout pendant l'épreuve. Sur le malade couché, non seulement la réaction n'a lieu qu'exceptionnellement, mais la réaction émotive elle-même est nulle ou insignifiante. Ceci doit être souligné, parce que le fait de la représentation mentale d'une prise de sang est évidemment identique quelle que soit la position du malade. Ce fait s'ajoute à tous ceux qu'enseigne cette épreuve, tant par son déroulement que par les résultats thérapeutiques, en ce qui concerne les rapports entre les phénomènes vaso-moteurs et réflexes d'une part, les phénomènes psychiques d'autre part. L'ambiance intervient aussi, soit du fait de facteurs psychiques (chaleur, confinement), soit du fait de facteurs émotivogènes, intimidants ou inhibants. Par contre, les bruits inattendus, les causes provoquant une dérivation de l'attention nous ont paru souvent atté-

nuer ou ralentir les réactions. Toutes les manœuvres successives concourent de façon variable à la production de la réaction. Paraissent agir plus fortement : la vue du sang en premier lieu, l'introduction de l'aiguille dans la veine en second.

De grandes variations s'observent ; certains malades présentent une réaction lipothymique marquée à la vue d'un simple tampon imbibé de sang ; d'autres, au simple contact de l'aiguille avec la peau du pli du coude.

Nous avons retenu avec beaucoup d'attention le rappel des réactions vaso-motrices obtenues chez l'animal après une simple piqûre. Chez l'homme, on doit considérer que chaque malade est convaincu de la bénignité de cette manœuvre, largement diffusée par toutes les consultations médicales. Cependant, dans ces cas il ne peut échapper, malgré cette évidence, à des réactions involontaires, physiologiques et émotives. Il semble s'agir de la mise en jeu d'un ensemble complexe de réactions et de réflexes qui ne peuvent s'extérioriser que du fait du déficit des contrôles, soit constitutionnel, soit acquis, et présentant une traduction psychiatrique dépressive.

Le traitement comporte l'atténuation des réactions jusqu'à l'extinction. Elle est la règle en trois à sept épreuves séparées par un ou trois jours d'intervalle. Au cours de leur extinction, les réactions peuvent demeurer purement vaso-motrices (surtout chez l'homme) ou de vaso-motrices devenir émotives en s'atténuant (surtout chez la femme). Beaucoup d'autres variations s'observent dans l'évolution vers la neutralité complète ou presque. A ce moment, la traduction en langage commun de cette évolution pourra s'exprimer par les termes : renforcement de la volonté, plus grande maîtrise de soi, tout au moins en ce qui concerne les réactions d'ensemble des phénomènes de la prise de sang.

L'expérience nous montre en outre que, dans un nombre important de cas, cette disparition de ces réactions s'accompagne de la disparition des signes pour lesquels le malade était venu consulter. Ces troubles étant, soit dépressifs simples (certaines céphalées, insomnies), soit spasmodiques, surtout digestifs, soit concernant des névroses graves (phobies paraissant conditionnées par certaines situations, ou même obsessions des couteaux, obsessions avec hallucinoses), à condition que ces obsessions et phobies présentent une composante vaso-motrice encore nette ; dans des états d'anxiété grave franchement psychopathiques, sur les particularités desquels nous reviendrons lors de présentations cliniques.

Les indications devront sans doute être précisées. Dans l'ensemble, l'association de troubles de la vaso-motricité à la névrose ou à la psychose débutante, l'existence de tendances lipothymiques spontanées, naturellement souvent associées à un état vagotonique, sont particulièrement retenues ; du point de vue psychiatrique, le caractère parasite de la symptomatologie chez un malade par ailleurs non dissocié a été surtout recherché jusqu'à présent.

Les contre-indications à l'emploi de cette méthode sont les troubles circulatoires multiples, quelle que soit leur origine. Cependant, des sujets jeunes et indemnes de toutes ces affections ont présenté à la première épreuve de telles réactions vagotoniques qu'elles nous ont obligé à raccourcir l'épreuve. Celle-ci doit donc être minutieusement surveillée, même dans les cas les plus favorables.

Nous ne ferons que rappeler rapidement les faits qui ont guidé ce travail encore à son début. D'une part, ce sont les données de la clinique : l'importance des troubles vaso-moteurs et des lipothymies spontanées au cours des névroses et au début de nombreuses psychoses. D'autre part, ce sont les travaux bien connus concernant la circulation cérébrale, concernant les facteurs vasculaires et endocriniens de l'affectivité. On peut ajouter cependant que l'épuisement de ces réactions épuisant en même temps le phénomène pathologique, semble indiquer une confrontation avec des thérapeutiques faisant disparaître d'autres phénomènes parasites et inspirées des données pavloviennes.

La psychothérapie intervient de façon très variable suivant chaque malade. Ses principaux traits sont les suivants : l'interrogatoire vise à serrer d'aussi près que possible, à individualiser minutieusement, le ou les signes dont le malade désire être débarrassé. En un second temps, à rechercher les corrélations avec des phénomènes vaso-moteurs que le malade peut ne pas signaler. La recherche de cette association doit faire le plus large appel au témoignage du malade. L'orientation générale est la prise de conscience du caractère pathologique de phénomènes qui ont pu lui paraître indépendants du trouble pour lequel il consulte, et surtout de la concordance pouvant exister entre ces phénomènes vaso-moteurs et viscéraux et le trouble qui motive sa visite malgré le caractère psychique de ce dernier. Dans ces cas, la première réaction prend l'aspect d'un témoignage du déficit du trouble vaso-moteur. Cependant, cette psychothérapie a pu dans certains cas ne pas être indispensable, le malade guérissant à son grand étonnement et l'explication ne pouvant être fournie que secondairement.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — demande si a été pratiquée la recherche du réflexe oculo-cardiaque, avant et après le traitement, moyen objectif d'apprécier l'action de cette thérapeutique sur l'état vagotonique des sujets.

M. G. DESHAIES. — On pourrait craindre que M. Bachet ait eu la témérité de pratiquer une méthode de choc. Il s'agit en effet d'un choc émotionnel déclenché chez certains sujets par le procédé d'une prise de sang. M. Bachet nous apprend que la procédure d'une prise de sang détermine une émotion, que celle-ci diminue puis disparaît avec la répétition de l'acte. Nous n'en doutons pas. Il y a accoutumance, épuisement de la réaction. Mais nous ne voyons pas du tout en quoi cela peut avoir une valeur thérapeutique. L'exposé de M. Bachet montre seulement qu'il arrive à guérir les

réactions émotionnelles qu'il a déclenchées. On obtiendrait le même résultat avec n'importe quel autre procédé, sans que cela intervienne dans la libération curative des complexes névrosiques et *a fortiori* des structures psychosiques.

M. M. BACHET. — A M. Marchand je répondrai que notre attention a été très attirée par l'intérêt de la recherche du réflexe oculo-cardiaque. Nous ne l'avons pas recherché aussi souvent qu'il aurait été souhaitable de le faire, du fait précisément de l'importance fréquente du syndrome vagotonique. Nous avons craint qu'il ne détermine une réaction trop forte, perturbant les conditions et les résultats de celle que nous cherchions.

Avec M. Deshaies, je conviendrai bien volontiers qu'il s'agit en effet d'un choc au sens étymologique du terme, d'un choc émotif. Cependant, il me paraît fondamentalement différent des autres pratiques de choc employées habituellement. Les réactions à la prise de sang, même lipothymiques, sont des lipothymies névropathiques au sens des traités classiques de cardiologie. Elles sont donc réputées dans toutes les descriptions fort anciennes pour leur bénignité. En les utilisant, nous savions donc ce qui pouvait en résulter. Il faut faire quelques réserves ; je les ai exposées, j'y insiste encore. Mais surtout la marche de cette thérapeutique est de provoquer l'extinction de réactions pathologiques pour entraîner l'extinction d'autres réactions pathologiques. Cette technique est donc encore fondamentalement différente des chocs habituels sur ce point. La réaction lipothymique s'épuise ; la réaction au choc existe toujours quel que soit le nombre de chocs effectués quand il s'agit d'électro-chocs par exemple.

A M. Garand, je puis affirmer qu'un grand nombre de ces malades présentaient des névroses graves et même des états d'anxiété, franchement psychopathiques. D'ailleurs, certains avaient été traités antérieurement par électrochoc ou cure de sommeil médicamenteuse.

Je suis parfaitement d'accord avec M. Paul Abély en ce qui concerne l'importance des phénomènes vagotoniques comme en ce qui concerne le fait que la prise de sang n'est pas spécifique ; d'autres réactions peuvent être utilisées, elle est seulement le moyen qui nous a paru le plus commode.

Analyse des réactions de l'enfant arriéré devant le miroir, par MM. A. SOULAIRAC, S. A. SHENTOUB et M^{me} E. RUSTIN.

Dans des perspectives assez différentes, Preyer, Schilder, Guillaume, Lhermitte, Wallon, Zazzo, Gesell, Lacan, ont étudié le comportement de l'enfant devant le miroir.

L'enfant normal passe nécessairement par certains stades et ses étapes de comportement devant le miroir aboutissant à la reconnaissance de soi, répondent sur un plan plus général à l'évolution de ses relations avec le monde extérieur, avec autrui, avec son propre corps.

L'établissement de cette reconnaissance de soi, intimement liée à la notion de schéma corporel, exige l'intégrité et la maturité organiques et psychiques de l'individu et dépend aussi de l'existence de relations sociales normales.

L'étude du comportement de l'arriéré devant son image spéculaire présente un intérêt évident : d'une part, le déficit psycho-moteur entraîne des troubles graves du schéma corporel ; d'autre part, les

rapports sociaux, anormaux ou absents, sont capables de modifier profondément la reconnaissance dans le miroir.

Nous avons essayé de préciser si l'arriéré présente les mêmes stades évolutifs que l'enfant normal devant le miroir et si les réactions de l'arriéré devant son image spéculaire peuvent fournir une indication sur ses rapports avec le monde extérieur et avec lui-même.

Choisies parmi les plus arriérées de la Fondation Vallée, les fillettes que nous avons étudiées avaient un âge réel variant entre 5 à 19 ans, et un âge mental de 9 à 40 mois (quotients intellectuels de 0,06 à 0,31).

Les observations de ces enfants révèlent la multiplicité et l'intrication des facteurs générateurs de l'arriération : antécédents familiaux pathologiques, lésions organiques graves (carences affectives (carence maternelle, milieu familial déplorable, placements multiples). Ces facteurs peuvent encore être aggravés par le séjour dans l'établissement psychiatrique (hospitalisme).

Nous avons constaté plusieurs modalités de réactions devant le miroir qui sont, par ordre de complexité croissante.

- 1) Absence d'intérêt pour l'image.
- 2) Intérêt pour l'image se traduisant par la reproduction d'un comportement stéréotypé.
- 3) Ebauche de relations avec l'image.
- 4) Attitudes complexes avec explorations multiples, d'abord morcelées, puis globales, de l'image et du corps, aboutissant à une certaine identification avec relations sociales de plus en plus développées.

Les observations suivantes, groupées selon ces modalités réactionnelles, vont nous permettre de donner quelques détails sur ce sujet.

1^{er} groupe : ABSENCE D'INTÉRÊT POUR L'IMAGE

OBSERVATION N° 1. — *Danièle*. Age réel : 17 ans. Age mental : 15 mois. Quotient intellectuel = 0,07. Présente de graves troubles moteurs. Marche impossible. Reste assise toute la journée. Faciès hébété. Ne parle pas, ne mange pas seule. N'est pas propre. Aucune relation sociale.

Devant le miroir, aucune réaction, hébétude. Reste insensible à l'image.

OBSERVATION N° 2. — *Cécile*. Age réel : 8 ans. Age mental : 6 mois. Quotient intellectuel = 0,06. Ne peut ni marcher, ni se tenir debout ; reste assise toute la journée en se balançant d'avant en arrière et en pousant des grognements inarticulés. Entièrement absorbée par cette activité motrice, elle ne manifeste aucun intérêt pour les autres enfants ou pour les jouets. Ne parle pas. N'est pas propre.

Devant le miroir, continue à se balancer d'avant en arrière et à grincer des dents, sans manifester aucun intérêt pour l'image.

Nous n'avons donc pu retrouver dans le comportement devant le miroir de ces deux enfants (observations 1 et 2) aucune modification,

si minime soit-elle, qui puisse être interprétée comme une ébauche d'intérêt.

2^e groupe : INTÉRÊT POUR L'IMAGE

SE TRADUISANT PAR LA REPRODUCTION D'UN COMPORTEMENT STÉRÉOTYPÉ

OBSERVATION N° 3. — *Josselyne*. Age réel : 9 ans. Age mental : 15 mois. Quotient intellectuel : 0,14. C'est une petite mongolienne affectueuse, joueuse, habituellement souriante (sourire stéréotypé), avec un langage rudimentaire. Bien que jouant avec les autres enfants du jardin d'enfants, a en fait un comportement stéréotypé, très pauvre, et ne réalise des progrès que très lentement.

Devant le miroir, elle regarde l'image, puis ébauche un sourire stéréotypé. Mais elle reste immobile, ne se retourne pas, ne semble ressentir aucune émotion.

OBSERVATION N° 4. — *Colette*. Age réel : 8 ans 1/2. Age mental : 16 mois. Quotient intellectuel = 0,15. Auto-mutilation et coprophagie. Aucune propreté, aucun langage.

Devant le miroir, refuse d'abord de regarder l'image. Puis regarde en se frappant le visage (comportement stéréotypé).

OBSERVATION N° 5. — *Rolande*. Age réel : 13 ans. Age mental : inférieur à 3 ans. Quotient intellectuel = inférieur à 0,23. Stigmates dégénératifs associés à un syndrome cérébelleux : nystagmus, démarche spasmodique et incoordonnée, dysmétrie. Propreté non acquise. Pas de langage.

Devant le miroir, se regarde en souriant d'une façon stéréotypée.

OBSERVATION N° 6. — *Huguette*. Age réel : 19 ans. Age mental : 2 ans. Quotient intellectuel = 0,11. Cette enfant présente une auto-mutilation tellement intense qu'elle doit être continuellement attachée. Cette auto-mutilation s'accompagne d'hyperesthésie. L'électro-encéphalogramme montre des signes de souffrance cérébrale sans signe de comitativité. L'enfant est propre. Sait marcher. Possède un langage rudimentaire.

Placée devant le miroir, refuse d'abord de se regarder puis, dès qu'elle se regarde, commence à se masturber. (La masturbation représente ici un comportement stéréotypé).

Il y a dans tous les cas (observations 3, 4, 5, 6) un intérêt pour l'image, mais l'enfant est incapable de « construire » ou d'exprimer quelque chose à partir de cet intérêt et ne peut que reproduire les stéréotypes habituels : sourire, auto-mutilation, masturbation, etc...

3^e groupe : ÉBAUCHE DE RELATIONS AVEC L'IMAGE

OBSERVATION N° 7. — *Fatima*. Age réel : 7 ans. Age mental : 1 an. Quotient intellectuel = 0,14. Carence maternelle probable, puis abandon par les parents.

L'enfant est affectée d'un tremblement permanent s'exagérant lorsqu'on lui adresse la parole. Cependant, le tremblement s'atténue lorsqu'on lui parle doucement et qu'on la prend sur les genoux. Très affectueuse. Aucun langage. Joue peu avec les autres enfants

Devant le miroir, se regarde d'abord avec concentration, puis essaie de fuir. Lorsqu'on la remet devant la glace, attitude de peur avec tremblement, faciès anxieux. Cette enfant fait la transition entre le groupe précédent et les comportements que nous allons décrire. Le refus, la peur, impliquent déjà une solidarité avec l'image. L'attitude de peur est chez cette enfant une stéréotypie. Mais la stéréotypie est dans ce cas la reproduction d'une émotion intense vécue véritablement (chute dans l'eau) et l'attitude de peur devant le miroir peut sans doute être interprétée à la fois comme stéréotypie et comme émotion véritable.

OBSERVATION N° 8. — *Marie*. Age réel : 4 ans. Age mental : 12 mois. Quotient intellectuel = 0,25. Placements multiples. Hospitalisme. Avec cette enfant, la carence affective domine. On observe quelques stéréotypies du comportement. Absence de langage.

Devant le miroir, refuse d'abord de se regarder, crie, se débat, puis se sourit. Refuse absolument de se tenir debout devant la glace.

Donc, ici, intérêt pour l'image avec réaction émotive véritable accompagnée de régression (refus de se tenir debout).

OBSERVATION N° 9. — *Françoise*. Age réel : 4 ans. Age mental : 15 mois. Quotient intellectuel = 0,31. Enfant présentant un retard staturo-pondéral. Absence de langage.

Devant le miroir, refuse de se regarder. Approche du miroir, les mains sur les yeux. Découvre un œil, puis l'autre. Puis se regarde et sourit.

Ces enfants constituent un groupe homogène : âges mentaux voisins, absence d'antécédents franchement pathologiques ; mais, par contre, importance de la carence maternelle, carence affective, se traduisant paradoxalement par des réactions affectives exagérées devant le miroir.

4^e groupe : ATTITUDES COMPLEXES AVEC RELATIONS SOCIALES DE PLUS EN PLUS DÉVELOPPÉES ET EXPLORATIONS MULTIPLES MORCELÉES PUIS GLOBALES, ABOUTISSANT A UNE CERTAINE IDENTIFICATION

OBSERVATION N° 10. — *Claudine*. Age réel : 11 ans 1/2. Age mental : 2 ans 8 mois. Quotient intellectuel = 0,23. Parents adoptifs puis hospitalisme. Enfant auto-mutilatrice avec agitation motrice. Elle collectionne les objets les plus hétéroclites, qu'elle garde serrés sur sa poitrine. Langage peu développé. L'électro-encéphalogramme évoque des séquelles post-encéphalitiques.

Devant le miroir, regarde d'abord fixement, anxieusement son visage. Quand on lui présente un bonbon, essaie de le saisir dans le miroir. Puis se retourne pour voir l'observateur. Ebauches de relations sociales.

Placée une seconde fois devant la glace, se livre à une exploration plus globale de son image. Se retourne spontanément. S'offre le bonbon, se le montre dans la glace. Semble fascinée par son image et s'en détache avec peine.

OBSERVATION N° 11. — *Andrée*. Age réel : 5 ans. Age mental : 8 mois. Quotient intellectuel = 0,13. Comitialité avec électro-encéphalogramme révélant un foyer épileptogène occipito-pariétal droit sur un fond de tracé gén-

ralement altéré. Ne mange pas seule. Pas de propreté. Passe toute sa journée couchée par terre sous les meubles. Ne joue pas avec les autres enfants. Jargonne.

Devant le miroir, se livre à une confrontation attentive entre l'image et les différentes parties de son corps. Sourit à autrui dans la glace. Se retourne spontanément pour regarder l'observateur. Cependant, l'intérêt pour sa propre image domine.

OBSERVATION n° 12. — *Monique*. Age réel : 6 ans. Age mental : 15 mois. Quotient intellectuel = 0,21. Carence maternelle. Placements multiples. A l'examen, hypotrophie et hypotonie. Enfant instable, turbulente, agressive. Auto-mutilation. Son agressivité est telle qu'on a dû l'isoler pour protéger les autres enfants. Langage rudimentaire. Pas de propreté. Par contre, elle mange seule, et débilité motrice beaucoup moins importante que celle des autres enfants.

Devant le miroir, d'abord exploration du visage seul avec ébauches de relations sociales : sourit à l'observateur dans la glace. Puis explore successivement toutes les parties de son corps en les confrontant avec leur image dans la glace. Puis réactions globales : jeux et jubilation devant le miroir. L'enfant semble « libérée » vis-à-vis de son image.

OBSERVATION n° 13. — *Danielle*. Age réel : 8 ans. Age mental : 18 mois. Quotient intellectuel = 0,19. Placements multiples. Pas de propreté. Langage peu développé. Joue peu avec les autres enfants.

Devant le miroir, compare d'abord l'image et son corps. Puis réactions plus globales : véritable dialogue avec l'image, à qui elle parle et adresse des gestes. Attitudes de séduction devant la glace, tenant compte de la présence de l'observateur. Relations sociales développées.

OBSERVATION n° 14. — *Bernadette*. Age réel : 11 ans. Age mental : inférieur à 3 ans. Quotient intellectuel = inférieur à 0,27. Débilité avec comitativité.

Devant le miroir, ébauche d'abord le geste de regarder derrière la glace, puis se regarde et refuse de quitter la glace. Semble médusée par son image. Sourit à l'observateur dans la glace et lorsqu'elle se retourne.

OBSERVATION n° 15. — *Simone*. Age réel : 6 ans. Age mental : 18 mois. Quotient intellectuel = 0,25. Placements multiples. Carence maternelle. A réalisé de gros progrès depuis son entrée dans l'établissement : acquisition de la propreté, du langage, du jeu. N'est plus auto-mutilatrice. Enfant très joueuse, souriante, affectueuse. Très attachée au personnel.

Devant le miroir, identification immédiate de son image et de celle d'autrui. Activité ludique. Véritable jubilation : « chante, touche la glace, se retourne pour voir l'observateur, se balance d'avant en arrière, puis se couche par terre. S'assoit devant la glace en penchant la tête sur le côté, chantonne et bat des mains en mesure. Danse devant le miroir. Rit aux éclats. Avance et recule en se regardant, puis se retourne le dos au miroir en regardant l'image par-dessus son épaule. Crie très fort et joyeusement. Tape sur la glace.

Discussion. — Ces observations montrent qu'il est impossible de comparer un arriéré d'un certain âge mental à un enfant normal de même âge mental.

Si la notion d'âge mental est déjà très relative lorsqu'il s'agit d'un enfant normal ou sub-normal, elle devient encore plus discutable lorsqu'il s'agit d'un arriéré profond : chez ce dernier, l'évaluation de l'âge mental se fait à l'aide de tests ne tenant compte, ni des déficits moteurs ou neurologiques, ni des conditions de milieu. De plus, l'âge réel intervient toujours en raison d'un certain nombre d'expériences antérieures. C'est ce qui explique en partie l'impossibilité de réunir les enfants d'un même âge mental dans un même groupe.

Devant le miroir, l'arriéré ne présente jamais le même comportement que l'enfant normal. On ne retrouve pas les stades évolutifs décrits par les différents auteurs, mais des attitudes complexes, où coexistent ces différents stades.

L'arriéré est incapable de réaliser une synthèse correcte de ses expériences et de ses acquisitions antérieures, d'où la persistance de réactions plus ou moins archaïques (même si le comportement actuel est assez évolué) et l'existence de réactions parasites : stéréotypies, réactions affectives anormales, etc...

Cependant, le comportement de l'arriéré devant le miroir est caractéristique de son comportement habituel. On ne relève jamais de dissociation entre son attitude devant le miroir et ce qu'on peut observer de sa conduite globale. Ce comportement devant l'image spéculaire peut donc éclairer sur le degré d'arriération de l'enfant, et fournir un indice de ses possibilités de sociabilité.

Nous devons insister en effet sur l'importance des relations sociales chez l'arriéré. Ces relations, déjà si importantes pour l'enfant normal, sont capitales pour lui en lui permettant de développer au maximum ses possibilités et de compenser ainsi, dans certaines limites, d'autres facteurs d'arriération (1).

BIBLIOGRAPHIE. — GESELL (A.) et ILG (F.-L.) (trad. J. LEJINE) : *Le jeune enfant dans la civilisation moderne*, Presses Universitaires de France, Paris, 1949. — GUILLAUME (P.) : *L'imitation chez l'enfant*, Alcan, Paris, 1925. — LACAN (J.) : Le stade du miroir comme formateur de la fonction du « Je ». In *Revue française de psychanalyse*, n° 4, octobre-décembre 1949. — LHERMITTE (J.) : *L'image de notre corps*. Editions de la Nouvelle Revue Critique, Paris, 1939. — PREYER (trad. VANGUY) : *L'âme de l'enfant*, Alcan, Paris, 1887. — SCHILDER (P.) : *Das Körperschema*, 1 vol., Berlin, 1923. — WALLON (H.) : *Les origines du caractère chez l'enfant*, 2^e édition, Presses Universitaires de France, Paris, 1949. — ZAZZO (R.) : Images du corps et conscience de soi. In *Revue Enfance*, tome 1, 1948.

DISCUSSION

M. M. BERGERON. — J'ai été vivement intéressé par la communication de M. A. Soulaïrac et de ses collaborateurs. Elle fait suite aux observations que ces auteurs n'ont pu que mentionner ici et qu'ils viennent de présenter aux récentes Journées internationales de psychologie de l'enfant (Paris, 21-26 avril 1954). A ma connaissance, cette question si importante n'a guère été abordée chez les enfants arriérés, ce qui fait le prix du présent travail. A cet égard, nous donnons notre accord à M. Soulaïrac, autant que nous le permettent nos observations très parcellaires dans ce domaine.

(1) Service de la Fondation Vallée, hôpital de Bicêtre.

Nous désirons obtenir de lui quelques éclaircissements sur le développement de l'image spéculaire chez l'enfant normal, compte tenu des travaux princeps, cités par lui : H. Wallon (Origines du caractère chez l'enfant), R. Zazzo, et dans une perspective psychanalytique, J. Lacan.

Il nous paraît indispensable aussi de souligner la complexité de ce problème. Personnellement, nous l'avons repris sous un jour apparemment différent — mais les travaux sur le jeune enfant se recoupent — à propos des recherches que nous poursuivons sur le développement moteur au cours de la première année de la vie (M. BERGERON : *Manifestations motrices*, Hermann, éd., 1947 ; *Revue Enfance*, 1948 ; *Annales médico-psychologiques*, 1938 et 1949). Aux mêmes Journées internationales de psychologie de l'enfant, nous avons plus spécialement mis l'accent sur les conduites d'exploration spatiale pendant cette période — problème génétique crucial — et souligné les difficultés rencontrées par nous. Qu'il s'agisse de l'aspect moteur, sensori-moteur, kinesthésique, etc... ; on ne peut échapper à une perspective d'ensemble de l'être dans son milieu, ni aux thèmes essentiels de l'évolution psychologique chez le tout jeune enfant : l'attention portée à autrui, aux personnes ; la notion d'objet ; le corps propre (M. BERGERON : *Psychologie du premier âge*, Presses universitaires, Paris, 1951).

Sur ce dernier point, on sait encore peu de chose. La formation du schéma corporel procède par lambeaux, la constitution de l'espace par environnements successifs. Il faudra de longs mois et sans doute de longues années avant de voir apparaître, pour le corps longtemps morcelé, la représentation d'ensemble, et, pour l'espace, tour à tour buccal, proche, locomoteur (W. Stern), l'acquisition d'un espace unique et continu.

M. A. SOULAIRAC. — La constitution du schéma corporel se fait grâce à l'intégration de données cénesthésiques, intéroceptives, proprioceptives, labyrinthiques, etc., qui, au niveau cortical, contribuent aux différentes « gnosies ». L'activité motrice elle-même participe très activement à la formation de cette image du corps, et nous n'en voulons pour preuve que les résultats parfois étonnants obtenus par rééducation motrice. Mais il semble toutefois que le véritable schéma corporel ne s'établisse réellement qu'à partir du moment où l'individu est capable d'une activité symbolique, qui constitue l'élément ultime des processus mentaux supérieurs. Cette notion d'un véritable « moi » serait donc d'apparition relativement tardive dans le développement de l'enfant et pourrait se situer aux alentours de la dixième année.

Enfin, il faut souligner également le rôle vraisemblablement capital joué par le cortex végétatif dans toutes ces possibilités d'intégration.

Les syndromes délirants de la ménopause en dehors des syndromes mélancoliques, par MM. P. ABÉLY, B. JOLIVET, G. DE BAUDOUIN et Cl. BLANC.

En dehors des syndromes mélancoliques classiquement connus, apparaissant pour la première fois au cours de la vie dans la période ménopausique physiologique ou après une ménopause chirurgicale, on retrouve à cette même période climatique toute une gamme de troubles mentaux, si riches dans leurs variétés cliniques qu'on ne rencontre un tel polymorphisme psychopathique que dans les psychoses puerpérales. Or, dans les deux cas, existe à la base une étiologie

physiologique assez précise. C'est ce qui avait fait écrire, il y a quelques années, à l'un de nous, que ces psychoses puerpérales ou ménopausiques permettraient peut-être un jour de découvrir la clef psychophysiologique de la plupart des désordres mentaux fonctionnels.

L'étude des troubles psychiques de cette période d'involution endocrinienne permet aussi de contrôler qu'aux modifications neuro-végétatives, circulatoires, glandulaires, métaboliques et autres de ces moments critiques de l'existence féminine, chaque sujet répond au point de vue affectif par une réaction personnelle intimement liée à son type psychologique antérieur, cela en ne faisant qu'amplifier des tendances constitutionnelles habituelles prédisposantes, qui se manifestaient discrètement depuis la puberté et qui constituaient sa personnalité propre. C'est ce qui explique, qu'avec une thérapeutique presque identique, on arrive à guérir des syndromes mentaux très disparates, car on n'atteint ainsi que l'élément réactionnel psychophysiologique sans modifier la constitution de base. C'est pourquoi aussi, en abandonnant trop tôt, après une amélioration spectaculaire, la thérapeutique efficace, on s'expose à de prochaines rechutes ou à une évolution vers la chronicité, tant que la période climatique ne s'est pas définitivement stabilisée.

La ménopause est un événement physiologique capital et profond qui retentit sur la plupart des tissus organiques, sur leur réceptivité et, en particulier, sur ceux issus de l'ectoderme. Il est probable que, chez certains sujets héréditairement fragiles, la partie noble du cerveau peut alors être atteinte (états dissociatifs rapidement évolutifs, début de maladie de Pick, accidents vasculaires, etc...). Il semble qu'à côté de l'état psychique constitutionnel préexistant (affectif, caractériel ou intellectuel), d'autres facteurs participent aussi à l'orientation du type psychopathique. L'état biologique antérieur paraît bien y jouer un rôle déterminant. En effet, le processus neuro-endocrinien qui marque la première étape immédiatement pré-ménopausique est l'hyperfonctionnement anormal de l'hypophyse antérieure. A ces stimuli pituitaires excessifs, non seulement l'ovaire répondra par une hyperfolliculinie transitoire, mais aussi chez les dysendocriniennes d'habitude, ce sera chez les unes la thyroïde, chez les autres la cortico-surrénale qui réagira dangereusement. Il en sera de même de l'état vasculaire, cardiaque, rénal, hépatique, neuro-végétatif, et autre antérieurement fragile. C'est sur ce terrain psycho-physiologique tout préparé que se greffera le trouble mental et qu'il y puisera son type clinique (comme cela se contrôle aisément dans les psychoses puerpérales). C'est à partir de cette diversité de terrain qu'on peut, semble-t-il, deviner en partie l'origine de la diversité des psychoses de la ménopause. Cette diversité est telle que, pour aujourd'hui, nous désirons nous limiter aux seuls états délirants.

Comme nous l'avons signalé, au début de ce travail, nous éliminons le syndrome mélancolique d'involution, qui est incontestablement le plus fréquent. En passant, nous tenons à signaler qu'il nous apparaît

que, depuis quelque temps, la manie ménopausique (premier accès de ce type apparaissant pour la première fois à cet âge) devient beaucoup plus fréquente qu'autrefois. Peut-être faut-il en chercher l'explication dans des motifs complexes : émancipation sociale de la femme et appoints toxiques exogènes concomitants.

Lorsqu'on fouille les dossiers médicaux d'un service, on est tout particulièrement frappé par le nombre de syndromes délirants qui se déclenchent à cette époque. On peut dire que la grande majorité des délires systématisés se démasquent dans la période immédiatement pré-ménopausique, entre 45 et 50 ans, ou qu'ils coïncident plus précocement avec une ménopause chirurgicale, ainsi que des délires hypocondriaques, des délires de jalousie, des syndromes érotomaniaques. Il en est de même d'un tiers au moins des syndromes dits paranoïdes.

Dans leurs remarquables études sur les délires systématisés, Sérieux et Capgras signalent, sans y attacher une importance spéciale, leur début entre 40 et 50 ans.

C'est qu'en effet, à cet âge, la femme se sent arriver à une étape « critique de sa vie », riche en conflits variés, en traumatismes affectifs ou émotionnels, créant selon le terrain de base des réactions de résignation ou d'anxiété, de lutte, de défense, de révolte ou de désespoir. C'est alors que commence à se glisser, peu à peu, inconsciemment dans le psychisme, ce processus de mauvaise foi qui, pour l'un de nous, est à la base de la plupart des conceptions délirantes (le refuge dans le délire).

Tous ces délires quels qu'ils soient (en dehors des délires purement mélancoliques) sont imprégnés de trois symptômes à peu près constants, plus ou moins accentués : *la jalousie, l'érotomanie et l'hypocondrie*. En fouillant attentivement les malades, on arrive presque toujours à les découvrir. Ces trois symptômes primordiaux colorent presque tous les délires climatiques (qu'il s'agisse de psychose hallucinatoire, interprétative ou paranoïde).

Un autre point est à signaler, à savoir : qu'ils apparaissent surtout chez des femmes placées dans des conditions sociales particulières : *vieilles filles, veuves, divorcées, abandonnées, nanties de maris ou amants ou trop durs, ou trop faibles*.

Il y a alors une réaction de révolte contre le passé ou le présent, un impétueux désir de s'échapper dans l'imaginaire, dans l'angoisse ou dans l'oubli. C'est ainsi que tous ces syndromes délirants ménopausiques ont leur teinte très particulière et *toujours excessive*.

Les malades aux tendances paranoïaques et hypersthéniques antérieures deviendront des jalouses ou des hypocondriaques pures, souvent dangereuses dans leurs réactions ou transformées en véritables bourreaux de leur entourage. Parfois viragos agressives, elles torturent leur mari, leur amant, leur famille, leur voisinage, par leur exigence, leur menace ou leur chantage.

Les paranoïdes évoluent rapidement vers un délire imaginaire fantastique où dominent la mégalomanie et l'érotomanie.

Les délires interprétatifs s'alimentent principalement de jalousie et d'hypocondrie.

Les formes délirantes systématisées les plus fréquentes sont surtout hallucinatoires, on les qualifie en général, un peu rapidement (à tort ou à raison), de « psychoses hallucinatoires chroniques ». Elles reposent habituellement sur une base anxieuse, sur des troubles cénesthésiques réels, sur une hyperhémie cérébrale, sur des désordres neuro-végétatifs et vasculaires. Ici encore, on retrouve le plus souvent la teinte jalouse ou érotomaniacale, plus ou moins camouflée, qui explique la prédominance des hallucinations génitales, des hallucinations auditives injurieuses ou encourageantes.

Enfin, on rencontre dans ces mêmes psychoses ménopausiques et surtout immédiatement pré-ménopausiques de purs syndromes érotomaniacaux correspondant à la description classique de de Clérambault (et que l'un de nous présenta déjà à cette même Société en février 1948, sous le titre de « Syndrome érotomaniacal de la pré-ménopause »). On y retrouve l'espoir, la ténacité, le stade de dépit, la négation tendancieuse de l'échec. Ces syndromes sont liés à une phase d'hyperfolliculinie transitoire.

Dans cette courte publication, nous n'avons pas l'intention de vous énumérer tous les cas d'observation en notre possession. Nous avons voulu simplement vous présenter une vue générale, montrer la richesse et la variété clinique qui caractérisent les troubles psychiques de la période climatérique, surtout à son début. Elle est marquée par trois symptômes dominants : *l'érotomanie, la jalousie et l'hypocondrie* (que l'on arrive même à découvrir dans la construction des idées d'auto-accusation des mélancoliques ménopausiques classiques) et par le mécanisme délirigène de la mauvaise foi, associé à des troubles cénesthésiques et physiologiques réels. Pris assez tôt, aussi près que possible de leur début, ces troubles psychiques n'ont pas un pronostic fatalement mauvais et il nous est arrivé de voir guérir, grâce à un traitement adéquat (surtout tissulaire, pluri-hormonal, neuro-végétatif et de chocs), cela dans une proportion respectable, des états qui avaient été qualifiés de psychoses hallucinatoires chroniques.

Car, comme nous le disions au début de cet exposé, les psychoses ménopausiques comme les psychoses puerpérales, déroutent souvent diagnostic et pronostic. Elles éclairent d'une lumière pleine d'espoir cette discipline psycho-physiologique, qui ne doit jamais être séparée de l'étude du terrain de base. Car heureusement, même avec des conditions physiologiques à peu près identiques, il faut une prédisposition et une fragilité individuelle très particulière, ainsi que des circonstances affectives spéciales pour aboutir à de tels désordres mentaux, en franchissant cette étape, importante, certes, mais obligatoire de l'existence humaine.

Répartition du cholestérol en fonction des facteurs typologiques, par MM. J. DUBLINEAU et CALVET et M^{me} SOBOUL.

Dans une note précédente (1), l'un de nous a apporté les résultats de 416 déterminations du taux du cholestérol au service spécial des buveurs et tuberculeux du département de la Seine.

La présente note apporte des résultats se référant à l'ensemble de ces sujets et de 226 sujets nouveaux comprenant 181 buveurs et 45 tuberculeux.

Les cas ont été répartis en trois groupes, allant de la valeur typologique la plus faible, à la plus élevée pour chacun des quatre facteurs décrits.

La moyenne du taux du cholestérol est de 1 gr. 646 $\pm$. 0053 (moyenne des 416 premiers cas : 1 gr. 643 $\pm$. 0068).

Les moyennes par facteurs et par groupes ont été les suivantes :

1° FACTEURS D'AFFIRMATION

<i>Facteur A</i> (athléticoïde, hyperaffirmation)		<i>Facteur α</i> (Asthénoïde-Hypoaffirmation)	
—		—	
1 à 214 (2) :	0 à 9 (3)	1,652 $\pm$. 009	0 à 3 1,663 $\pm$. 010
215 à 428 :	9 à 14	1,638 $\pm$. 008	3 à 7 1,626 $\pm$. 008
429 à 642 :	14 à 32	1,649 $\pm$. 009	7 à 28 1,650 $\pm$. 009

2° FACTEURS D'ADAPTATION

<i>Facteur P</i> (pycnoïde, hyperadaptation)		<i>Facteur π</i> (Plattôide-Hypoaffirmation)	
—		—	
1 à 214 :	0 à 12	1,636 $\pm$. 009	0 à 7 1,660 $\pm$. 009
215 à 428 :	12 à 19	1,628 $\pm$. 009	7 à 13 1,657 $\pm$. 009
429 à 642 :	20 à 51	1,675 $\pm$. 009	13 à 29 1,623 $\pm$. 008

L'analyse de ces résultats confirme l'impression qui se dégageait du premier échantillonnage, savoir que les valeurs significatives se cantonnent au domaine des facteurs d'adaptation. Chez le pycnique, on observe une augmentation nette de la cholestérolémie et, chez le rétracté, une diminution correspondante par rapport à la moyenne.

(1) Cholestérol et facteurs typologiques dans un service de buveurs et de tuberculeux internés, par MM. J. DUBLINEAU et CORRE. *Annales médico-psychologiques*, 1952, t. I, p. 423.

(2) Numéros des cas.

(3) Valeurs typologiques des coefficients.

Chez l'un comme chez l'autre, la tendance n'apparaît que pour des valeurs fortes. La comparaison avec l'évolution de la cholestérolémie pour le facteur asthénôïde révèle chez l'asthénôïde une persistance de la tendance aux oscillations du taux du cholestérol.

Toutefois, l'intensité des variations constatées pour le facteur asthénôïde, pour l'ensemble du présent travail, n'est pas aussi importante que dans le premier échantillonnage.

Il semble donc que l'on retrouve à l'occasion de la cholestérolémie un plan de clivage entre les états d'asthénie et de rétraction. La diminution du taux de cholestérol se présente comme un état fixe chez le rétracté (mais seulement à partir d'un taux élevé de la tendance). Elle est au contraire oscillante et sans signification particulière chez l'asthénôïde.

Cette notion est importante pour l'interprétation de l'hypocholestérolémie, en particulier pour celle que l'on constate dans les états schizophréniques.

Évolution du taux du cholestérol chez les buveurs en cours de cure considérée en fonction des facteurs typologiques, par M. J. DUBLINEAU, M^{me} SOBOUL et M. CALVET.

Nous avons recherché les variations du taux du cholestérol chez les buveurs internés au service spécial du département de la Seine à l'entrée et après trois mois de séjour (1). Les déterminations ont été faites seulement en termes arithmétiques (2).

La répartition a été effectuée en trois groupes de valeurs typologiques croissantes pour chacun des quatre facteurs : athlétique (A), asthénique (α), pycnique (P), et rétracté (π). Les résultats sont les suivants :

1) *Moyenne générale.* — Pour le présent échantillonnage, la moyenne du cholestérol a été de 1 gr. 651 à l'entrée et 1 gr. 737 à la sortie. Ces chiffres bruts montrent donc une tendance à l'augmentation du taux de la cholestérolémie pour l'ensemble des buveurs après trois mois de traitement (vitamino-strychno et alcoolothérapie ; médications vasculaires). Cette augmentation va de pair avec l'augmentation générale du poids des sujets.

2) *Les moyennes par facteurs et par groupes.* — Sont réparties comme suit :

(1) Ce terme n'est pas strictement rigoureux, il a pu varier dans un certain nombre de cas en raison des servitudes du service.

(2) Les 381 cas étudiés et retenus à ce point de vue figurent dans l'échantillonnage général, dont il a été fait état dans nos communications antérieures relatives à la cholestérolémie.

1° FACTEURS D'AFFIRMATION

Facteur A

Numéros des cas	Valeurs typolog des coefficients	Cholestérol à l'entrée	Cholestérol à la sortie
1 à 127	0 à 9	1,665	1,708
128 à 254	9 à 14	1,628	1,759
255 à 381	14 à 32	1,660	1,744

Facteur α

1 à 127	0 à 3	1,670	1,774
128 à 254	3 à 7	1,619	1,697
255 à 381	7 à 28	1,664	1,740

2° FACTEURS D'ADAPTATION

Facteur P

1 à 127	0 à 12	1,645	1,727
128 à 254	12 à 19	1,630	1,736
255 à 381	20 à 51	1,677	1,748

Facteur π

1 à 127	0 à 7	1,642	1,730
128 à 254	7 à 13	1,685	1,756
255 à 381	13 à 29	1,625	1,724

Commentaires. — L'étude des variations montre :

- 1) une tendance à l'augmentation quel que soit le facteur considéré;
 - 2) des différences d'augmentation en fonction de chaque facteur.
- A ne considérer que le troisième lot de chaque échantillonnage (dont nous avons vu dans la communication antérieure qu'il donnait les taux les plus significatifs) ; les chiffres à l'entrée et à la sortie se répartissent en effet comme suit :

	Entrée	Sortie	Augmentation	%
Athlétique	1,660	1,744	0,084	5,05
Asthénique	1,664	1,740	0,076	4,56
Pycnique	1,677	1,748	0,071	4,23
Rétracté	1,625	1,724	0,099	6,09

Pour apprécier la signification de ce tableau, il convient de rappeler d'abord que les taux du cholestérol à l'entrée montrent ici, comme dans les communications précédentes, que ce sont les facteurs d'adaptation qui sont affectés par la plus grande marge de varia-

tion, la cholestérolémie étant maxima chez le pycnique et minima chez le rétracté. Au cours du séjour, les variations extrêmes portent également sur les facteurs d'adaptation.

Les variations qui, à l'entrée, intéressaient spécialement les facteurs d'adaptation, se retrouvent donc avec une égale importance pour la courbe au cours du séjour, mais le pourcentage d'augmentation est ici maximum chez le rétracté et minimum chez le pycnique.

Dans l'ensemble, on observe une tendance à l'égalsation du taux de cholestérol après trois mois de cure. Ce taux se rapproche, quelles que soient les valeurs typologiques observées à l'entrée, du taux moyen généralement admis pour la cholestérolémie. Ainsi, le retour à la moyenne générale (ou aux environs immédiats de cette moyenne) du taux de la cholestérolémie pourrait servir de base à une détermination biologique du minimum de temps indispensable pour la cure de désintoxication.

Accès confusionnels récidivants au cours du traitement d'une tuberculose rénale, par MM. Y. POURSIDES, A. CRÉMIEX, J. ALLIEZ et J. ROGER.

Le rôle respectif de la tuberculose et de ses traitements lorsque les troubles mentaux surviennent après l'installation de thérapeutiques actives a été diversement interprété et le développement des chimiothérapies spécifiques a donné à cette question un regain d'actualité. On sait combien, en particulier, la streptomycinothérapie est susceptible de s'accompagner de manifestations mentales mineures ou exceptionnellement, d'accidents graves. M. Porot envisageait récemment, à l'occasion de quelques faits personnels, les divers aspects de ces incidences parfois fâcheuses d'une médication qui a transformé si heureusement le pronostic des tuberculoses pulmonaires, méningées ou viscérales. Deux d'entre nous en avaient étudié naguère un cas fatal où l'examen histologique du système nerveux avait permis de mettre en évidence la nature allergique des manifestations mortelles.

Nous venons d'observer chez un sujet jeune, traité d'abord par la streptomycine pour une tuberculose localisée à un rein, la survenue de manifestations confusionnelles avec attitudes catatoniques lors de deux essais successifs de cette chimiothérapie. Les mêmes accidents se reproduisent lors de l'ablation du rein malade mais, fait curieux, une reprise ultérieure du traitement streptomycinique coïncide avec l'amélioration de l'état.

Ra... Georges (observation n° 23.312), âgé de 32 ans, est traité depuis deux mois environ pour tuberculose rénale avec bacilloscopie positive dans

les urines et reçoit 1 gr. 50 par jour de streptomycine. Lorsqu'il atteint la dose totale de 50 grammes, il présente des troubles mentaux avec confusion mentale, insomnie, état d'agitation hypomaniaque. Malgré l'arrêt de la streptomycine, l'état confusionnel persiste. Il entre dans le service le 29 juin 1953 et s'y présente totalement égaré, refusant aliments et boisson, perdant urines et matières, agité, déshydraté. L'exploration somatique est très difficile eu égard à l'attitude opposante du malade, mais on peut mettre en évidence la persistance des réflexes rotuliens et achilléens, l'absence de réaction méningée clinique et de signe de Babinski ; température : 37°7, fond d'œil normal, azotémie : 0,25 ; une ponction lombaire donne issue à un liquide clair avec cytologie : 1,2 ; albumine : 0,30, Bordet-Wassermann négatif. Il n'y a pas d'anémie ; une discrète réaction sanguine polynucléaire est en relation avec un abcès accidentel de la fesse gauche, qui devra être incisé sans que l'état mental en soit modifié. L'état confusionnel persiste ; le 8 juillet 1953, le sujet se présente catatonique, couché sur le ventre, animé de mouvements de reptation des membres, parlant à voix basse sans que l'on puisse saisir son discours ; les réponses sont rares, difficiles à obtenir, ne surviennent qu'après plusieurs sollicitations, des itérations verbales sont fréquentes. Soumis à un traitement par électro-chocs, Ra... voit son état s'améliorer progressivement ; au 8^e électro-choc, il est transformé, calme, souriant, adapté, répondant avec pertinence aux questions posées. Une nouvelle analyse d'urines montre la persistance de bacilles acido-résistants à l'examen direct et le diagnostic de tuberculose rénale du pôle supérieur du rein droit est confirmé à la clinique urologique de la Faculté. Sur les conseils du Dr François Chauvin, un nouveau traitement par la streptomycine est recommencé, combiné au P.A.S. et au chaulmoogra sous forme de : hydrochaulmoogra 3 cc. par jour pendant dix jours isolés puis associé à dihydro-mycine : 1 gramme matin et soir, et P.A.S. : 6 grammes par jour *per os*.

Un second épisode confusionnel allait se reproduire lorsque Ra... eut reçu 11 grammes de streptomycine associée aux médications adjuvantes. Il commence à être à nouveau égaré et délirant. Il se fixe assis dans la posture d'un bouddha, les poings fermés, contracturé, s'opposant à toute sollicitation, répondant rarement et avec lenteur à quelques questions. Sur ce fond d'attitude hiératique, Ra esquisse des gestes et des mimiques étranges, exprimant l'acte de compter, décrivant des figures ou des arabesques avec ses doigts, grimaçant et souriant tour à tour. Il ne répond pratiquement à aucune question ou seulement à voix basse, d'une manière incompréhensible, comme s'il était distrait. L'examen neurologique ne montre pas de signes pyramidaux ou extra-pyramidaux, mais il est rendu difficile par l'attitude d'opposition du sujet. Des trémulations des mains et des muscles faciaux, surtout péri-buccaux et péri-orbitaires, sont notées ; la mimique est souvent asymétrique avec expressions variées d'étonnement, d'imploration, de soumission, l'ensemble donnant une impression de théâtralisme. Une nouvelle ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien toujours normal.

Un examen électro-encéphalographique montre des tracés difficilement interprétables du fait de l'agitation constante du malade, mais le rythme de fond est à 10 c./s. bilatéral, synchrone, réagissant aux stimulations usuelles.

TRAITEMENTS INSTITUÉS	ÉTAT MENTAL CONSÉCUTIF	ÉVOLUTION
Juin 1953 ... streptomycine, 1 gr. 50 <i>pro die</i>.	accès confusionnel favorable en trois se- avec catatonie.	maines (électro- chocs).
Août 1953 .. dose totale, 50 gr. streptomycine, 2 gr. <i>pro die</i>. dose totale, 11 gr. + P.A.S. 6 gr., + hydro- { <i>pro</i> chaul- { <i>die</i> moogra 3 cc.	accès identique.	identique.
Octobre 1953. néphrectomie.	troisième accès.	rémission par pro- toxyde d'azote et cardiazol.
Janvier 1954. pas de traitement.	rechute spontanée, accès confusion- nels avec ambi- valence et inhi- bition.	amélioration progres- sive, streptomycine, 1 gr. <i>pro die</i>. dose totale, 55 gr. isoniazide, 0,06 × 6 <i>pro die</i>. dose totale, 19 gr. 80.

Malgré un nouveau traitement de choc, le sujet reste confus et surtout dissocié pendant une quinzaine de jours. Il exprime des divagations délirantes, incohérentes, répondant volontiers à côté ou avec une ironie absurde: « Où es-tu ? — Sur un pot de confiture. — Quel âge ? — J'avais 21 ans jusqu'à votre arrivée. — Pourquoi êtes-vous entré à l'hôpital ? — Pour faire cuire mes légumes. » L'amélioration se manifeste cependant progressivement et le malade sort peu à peu de sa confusion ; le 26 septembre 1953, son comportement est à nouveau normal et une intervention sur le rein droit est décidée...

Le 19 octobre 1953, Ra... passe à la clinique Ambroise-Paré, où le Dr François Chauvin pratique une néphrectomie droite, qui confirme l'existence d'une caverne importante du pôle supérieur du rein.

Pour la troisième fois, les troubles mentaux apparaissent. Quatre jours après l'intervention, Ra... redevient à nouveau confus, opposant, catatonique ; il se fige dans ses attitudes hiératiques et son comportement maniéré et il doit être à nouveau réhospitalisé à la clinique des maladies nerveuses. Un nouveau traitement par chocs au protoxyde d'azote amène quelques éclaircies et le malade quitte l'hôpital le 30 novembre. Il présente encore une fistule lombaire droite, séquelle de l'intervention, de nature bacillaire.

Depuis cette date, le malade a été suivi en maison de santé par l'un de nous. Devant la réapparition des mêmes symptômes, il est institué une thérapeutique par les chocs cardiazoliques, qui paraît amener à nouveau une amélioration considérable. Pendant la dernière semaine de décembre 1953 et les huit premiers jours de l'an 1954, l'état du malade est si amélioré qu'il peut aller passer les fêtes de Noël dans sa famille. Mais une quatrième rechute s'installe à nouveau, cette fois spontanée, avec une séméiologie semblable aux antérieures. L'effet de la thérapeutique de choc, à nouveau instituée, reste transitoire ; nous pratiquons alors, malgré l'évolution initiale, un traitement combiné par la streptomycine au taux de 1 gr. 50 par jour et par l'isoniazide à la dose de six comprimés par jour. Cette thérapeutique ne paraît amener ni amélioration, ni aggravation de l'état mental du malade, qui présente toujours des épisodes confusionnels avec désorientation temporo-spatiale. Même dans les périodes où le sujet est moins confus, il reste très ambivalent, parfois agressif, catatonique. Il semble que l'on puisse mettre en évidence l'existence d'idées délirantes à thème vaguement métaphysique. En raison de la réapparition des accidents psychiques malgré tout nouvel essai de thérapeutique, l'on décide de reprendre malgré tout le traitement anti-tuberculeux et, depuis le 1^{er} mars, le malade reçoit un gramme de streptomycine par jour et six comprimés de rimifon à 0 gr. 050 ; le traitement est continué jusqu'à ce jour et coïncide à partir de la mi-mars avec une amélioration considérable de l'état mental, malgré l'absence de toute nouvelle thérapeutique de choc. Le contact du malade s'améliore progressivement et il n'a plus présenté d'épisode confusionnel.

Les accidents observés après la streptomycinothérapie sont souvent assez légers et ne dépassent pas le cadre de manifestations de la série dépressive ou dans des cas plus rares, sinon exceptionnels, constituent des cérébropathies de pronostic très grave, pouvant être mortelles. Le rôle proprement toxique de la drogue et celui de facteurs allergiques a été diversement interprété dans ces cas dissimilaires. Dans le nôtre, la répartition des mêmes accidents, sous l'influence d'abord de doses restées modérées de streptomycine nous avait fait envisager l'intervention discrète de l'antibiotique dans les rechutes, peut-être favorisée par l'existence de la lésion rénale. L'aspect bien caractérisé du tableau catatonique réalisé et l'absence de toute réaction liquidienne éliminaient complètement la méningo-encéphalite tuberculeuse, mais on pouvait hésiter entre l'éventualité d'un processus plutôt allergique que vraiment toxique lié au médicament et susceptible de régression et celle d'une schizophrénie au début, dont l'évolution par poussées pouvait être influencée par divers facteurs. C'est cette dernière hypothèse qui devait se préciser. En effet, la deuxième rechute devait être déclenchée, non par un traitement chimique, mais par la néphrectomie, qui avait pu être effectuée au cours d'une rémission. Et l'évolution oscillante devait se poursuivre, sans l'intervention cette fois de facteurs occasionnels de nature thérapeutique. Il est certain cependant que chez notre malade l'action médicale ou chirurgicale nécessitée par la tuberculose rénale a été

à l'origine à trois reprises d'accès confusionnels à forme catatonique ; il ne s'agit certainement pas d'une coïncidence fortuite, mais le mécanisme de ces accidents reste obscur. Leur répétition identique dans des conditions différentes n'est pas en faveur d'une pathogénie toxique proprement dite : cette succession illustrerait plutôt l'hypothèse allergique que deux d'entre nous avaient soutenue à l'occasion d'un cas mortel à évolution suraiguë, consécutif à la thérapeutique streptomycinique.

Malgré cette répétition d'accès confusionnels, et devant la persistance de l'état mental préoccupant, nous n'avons pas hésité à recommencer un traitement par la nouvelle thérapeutique anti-tuberculeuse. Mais ici, il semble que la suppression du foyer rénal a eu un effet très favorable à distance et les accidents qui s'étaient renouvelés ne se sont pas reproduits. Au contraire, la progression de l'amélioration a été parallèle à la poursuite du traitement. Il ne s'agissait donc pas d'une action toxique, mais bien de manifestations s'apparentant à l'allergie et cette succession d'effets contraires de thérapeutiques actives nous a paru intéressante à souligner (1).

Sclérose en plaques avec onirisme et délire hallucinatoire consécutif, par MM. J. ALLIEZ, J. ROGER et Ray PUJOL.

Les troubles mentaux de la sclérose en plaques continuent à susciter des recherches, à la fois sur le plan clinique et au point de vue psychométrique. Depuis le travail d'Ombrédane, qui avait renouvelé l'aspect de cette question en 1929, les investigations se sont poursuivies suivant deux directions. D'une part, l'étude de l'état mental habituel des polysclérotiques a été très poussée, en particulier dans les pays de langue anglaise, au moyen de tests de niveau intellectuel et surtout de tests projectifs ; d'autre part, des observations isolées d'association de manifestations psychotiques diverses à la sclérose multiloculaire sont publiées çà et là, les problèmes liés à la relation exacte entre les deux états n'étant pas encore résolus. Nous venons de rencontrer encore cette association, avec précession des épisodes sensoriels et moteurs sur les troubles mentaux ; ceux-ci ont évolué d'abord sous forme d'une bouffée onirique puis d'un état délirant plus durable à base surtout hallucinatoire.

OBSERVATION N° 17.261. — Mme Br..., employée de bureau, 33 ans, est suivie à la clinique des maladies nerveuses depuis 1946 pour une sclérose en plaques, qui s'est accompagnée de troubles mentaux. Elle a fait deux séjours à l'hôpital, le premier de septembre à novembre 1946, le second de

(1) Travail de la Clinique des maladies nerveuses de la Faculté de médecine de Marseille. Directeur : Pr Y. POUSINES.

juin à août 1953, et entre temps a été vue régulièrement à la consultation externe.

Antécédents héréditaires et collatéraux : père d'origine corse, mère, de la Réunion, octayonne (arrière-grand'mère martiniquaise). Pas de maladies nerveuses dans la famille ; père décédé d'un cancer de l'estomac à 32 ans ; mère, 58 ans, en bonne santé. Un frère est décédé tuberculeux à 22 ans. La mère a eu deux autres grossesses : un garçon mort-né à huit mois de gestation, un avortement à cinq mois de grossesse (toxémie gravidique avec vomissements incoercibles).

Antécédents personnels : née avant terme à sept mois de gestation. Pas de convulsions infantiles. Bronchites fréquentes, coqueluche à 6 ans. Amygdalectomie. Pleurésie bacillaire à 18 ans, durée six mois. Rougeole à 20 ans sans complications. Episode vertigineux avec céphalées et troubles oculaires peu avant le mariage. Réglée à 13 ans, régulièrement, règles brèves mais abondantes. Mariée en 1944 à 23 ans. Grossesse avec albuminurie pendant trois mois ; accouchement normal d'un garçon en bonne santé, ne l'a pas allaité.

Peu de temps après l'accouchement, épisode amblyopique avec perte presque complète de la vision. La régression s'est faite en quelques mois.

L'état à l'entrée, à l'âge de 25 ans, est le suivant : difficultés à la marche avec raideur de la jambe droite, vertiges et céphalées frontales avec nausées fréquentes et parfois vomissements. Les troubles ont eu un début assez brusque, les vertiges et les nausées ayant duré quelques jours et précédé les troubles de la marche. L'état général est altéré avec amaigrissement de 41 kilos, contre 43 avant la grossesse. Pas de fièvre. A l'examen neurologique : léger déficit pyramidal du membre inférieur droit avec hyper-réflexie rotulienne et également hyperréflexie tendineuse au membre supérieur droit ; signe de Babinski bilatéral typique ; hémidysmétrie droite prédominant au membre inférieur ; dans l'épreuve de l'indication et dans le Baranyi, déviation vers la gauche. Pas de nystagmus. Au fond d'œil, atrophie temporale bilatérale. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang. Ce syndrome et la notion d'évolution par poussées avec un premier épisode de vertiges avant le mariage, puis l'épisode amblyopique datant d'un an et, enfin, l'épisode actuel, associant les vertiges au syndrome cérébello-pyramidal, imposent le diagnostic de sclérose en plaques.

Amélioration par un traitement combinant radiothérapie médullaire et salitropine intraveineuse. La malade sort de l'hôpital le 15 novembre et peut reprendre son travail le 1^{er} décembre.

Elle est revue en consultation externe en avril 1950. Depuis environ un an étaient apparus des troubles hallucinatoires.

Il s'agissait d'hallucinations visuelles surtout : des mains tentaient de la saisir, des têtes et des visages se dessinaient sur les murs. Ces visions l'effrayent, au point qu'un jour, pour leur échapper, elle se précipite d'un premier étage à travers la fenêtre et se fait une grave fracture ouverte du fémur gauche, pour laquelle elle a été soignée dans un service de chirurgie de l'hôpital de la Conception.

A propos de ces visions terrifiantes, elle raconte qu'il y a environ six ans elle avait été aussi très effrayée par une « séance de spiritisme » à laquelle elle avait assisté. Au cours de cette séance, on lui aurait fait des prédictions : la fin de la guerre, son mariage, sa maternité ; on ne voulut pas lui en dire plus : le reste lui aurait fait trop peur, puis elle n'avait plus pensé à cela

mais en était restée impressionnée. Elle croit actuellement que ses hallucinations sont en rapport avec le « spirite », car tout ce qu'il lui avait prédit s'est réalisé.

Après la guérison de la fracture, qui avait nécessité de nombreuses interventions, elle continue à présenter des hallucinations pendant quelque temps, même en plein jour ; elle voit « des têtes de lumière », simples formes d'un visage sans détails qui se déplacent sur les murs. Parfois, elle entend des voix qui disent « attrape », « tu vas devenir folle ». Elle est moins inquiète qu'au début, pense que c'est peut-être maladif, le fruit de son imagination : « C'est ma pensée, moi-même, qui se reflétait sur les murs. » Par ailleurs, le syndrome neurologique est resté à peu près stationnaire.

En 1953, le nouveau séjour dans le service est motivé principalement par une recrudescence des troubles mentaux ; ceux-ci avaient à peu près disparu depuis 1951. Mais en février 1953, les hallucinations reparaissent et s'enrichissent, l'inquiétant beaucoup. Elle est vue alors plus longuement au point de vue mental. Voici ce que nous retirons de nos entretiens :

Les hallucinations sont surtout auditives ; un nom : « Farina » (le nom d'une connaissance), « on l'appelait par ce nom-là ». Elle se parlait en elle-même pour « défendre son identité ». On disait : « Je l'aime, vous ne devez pas aimer les esprits. » La voix semblait celle d'une femme inconnue, « elle était n'importe où, dans la chambre, sur les bancs de l'hôpital..., elle ne donnait pas des ordres, parfois elle me reprochait d'aimer ce personnage qui était un esprit, je lui disais que j'étais sur la terre et non dans le ciel... » ; elle disait : mon petit, mon petit, c'était l'âme qu'elle aimait, je m'en débarrassais en la chassant et en négligeant ce qu'elle disait. Elle parlait depuis que j'étais chez ma mère en février dernier..., la première fois c'était pendant que je jouais du violon, j'ai dû abandonner le violon à cause de la phrase qu'elle disait : « Je l'aime, je l'aime. »

Elle a vu un jour des « têtes » sur le violon, « c'étaient des sinuosités où je voyais des yeux, des figures ». Pas d'hallucinations olfactives, pas d'impression de courants électriques dans le corps. Pas de sentiment d'influence vrai, pas d'écho de la pensée ni de commentaire des actes. « La voix, c'était comme une obsession qui répétait toujours la même chose ou à peu près, c'étaient des idioties, c'était gênant, je me rendais compte que ce n'était pas vrai, que c'était difficilement possible. C'était absurde que les morts puissent s'aimer, mais la voix le disait. »

Cette fois, c'était surtout les voix. Il y avait deux ans (premier épisode de troubles psychiques en 1951), c'étaient surtout les visions : « Comme deux personnages en lumière qui se présentaient à la porte, ils apparaissaient et disparaissaient, ils semblaient deux hommes, ils ne parlaient pas toujours ; des fois ils disaient : il ne faut pas la toucher, il ne faut pas lui faire du mal ; il y en avait un autre qui était aussi un personnage-lumière dont on ne voyait que la tête, il voulait faire du mal, il voulait que son âme jouisse avec moi. » Parfois, hallucinations génitales : « Je sentais comme si mon mari était en moi, je jouissais mais il n'était pas là. »

D'autre part, sentiment de présence : « Il semble qu'il y a un esprit derrière moi, il est toujours là. » Ce sentiment de présence persiste depuis le « rêve de la main blanche », il y a plusieurs années, après être sortie de l'hôpital de la Conception.

« Les personnages-lumière, je les voyais déjà quand je suis passée par la fenêtre, ils étaient méchants, j'ai eu peur, je n'étais rassurée qu'à partir du rêve de la main blanche, elle signifiait que c'était Dieu qui était là qui me protégeait. Les autres avaient des cornes ou plutôt l'un avait des cornes, l'autre était une tête-lumière, je sentais tout chaud, même brûlant comme l'enfer, les vêtements se collaient aux chaises, aux fauteuils..., c'étaient des attrapes collantes. Il y a deux catégories de puissance : les unes qui veulent du mal, ce ne serait plus la victoire de Dieu, ce serait celle du Diable, je leur sers d'intermédiaire, c'est un combat entre esprits, je paye entre les deux, on voudrait que l'esprit qui me protège, qui est venu avec la main blanche, s'en aille, qu'un autre vienne pour le remplacer, il y a des puissances jalouses, c'est ce que j'ai compris. »

« Tout a commencé par l'avenir, qu'on m'a dit à 21 ans, quand on m'a dit ce qui arriverait ; tout ce qu'on m'a dit est arrivé..., maintenant c'est fini depuis la main blanche. J'avais agi contre Dieu, j'avais demandé l'avenir, c'était défendu... Il s'est passé trois ans tranquilles, j'étais contente, je me fiais à ce qu'on m'avait dit. Un jour tout a craqué, j'ai eu des visions terrifiantes, des « lumières » ; ils se révoltaient contre moi, ils m'ont mis des M en lumière au cinéma, sur les carreaux, des cloches en lumière sur les murs, cela signifiait que j'allais mourir ; pendant six mois je n'ai eu que des attaques, un gorille m'avait traquée en rêve, il me mordait..., j'avais vu des têtes des crocodiles..., les personnages restaient « lumière », c'était pour me faire peur, on ne parlait pas pendant tout ce temps. Je n'ai pas été tranquille jusqu'à ce que j'ai eu le rêve de la main blanche. »

Au mois de février 1953, il y a eu une offensive des esprits méchants ; « j'ai vu quelques personnages-lumière chez ma mère pendant quelque temps, c'étaient surtout des voix, il n'y en a qu'une en réalité, elle dit qu'elle aime la main blanche, elle la veut pour elle, je serais à nouveau abandonnée mais je prie beaucoup, j'ai confiance, c'est une affaire de puissances célestes ».

« Cette fois, ça a commencé par la jouissance ; la jouissance a été moins fréquente quand la voix est venue. Je dois être spirite, c'est gênant pour la vie d'une personne. »

L'examen neurologique montre une aggravation de l'état moteur.

Aux membres inférieurs, on note l'existence d'une paraparésie spasmodique mais sans clonus, avec signe de Babinski bilatéral ; l'impotence s'était aggravée par les séquelles de fracture ouverte et suppurée du fémur gauche (onze interventions locales en deux ans et demi), dysmétrie surtout à droite, réflexes de défense au pincement remontant jusqu'à la racine de la cuisse à gauche, jusqu'à la partie moyenne de l'abdomen à droite. Il n'existe pas de trouble de la sensibilité.

Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis.

Aux membres supérieurs, dysmétrie à droite, adiadococinésie peu importante bilatérale, réflexes stylo-radial et bicipital plus vifs à gauche avec réflexe tricipital gauche *inversé*, signe d'Hoffmann à droite. Pas de diminution appréciable de la force segmentaire, pas de troubles sensitifs.

A la face, on ne note pas d'autre signe que des secousses nystagmiformes battant vers la gauche, spontanées, dans le regard latéral vers la gauche. Les épreuves labyrinthiques, cliniques et instrumentales, décèlent une discrète atteinte du labyrinthe gauche.

La pâleur papillaire du secteur temporal persiste de chaque côté. L'examen électro-encéphalographique montre des tracés peu amples caractérisés

par l'existence de quelques bouffées alpha à 11 c./s., survenant à la fermeture des yeux sur un fond rapide. L'hyperpnée est sans effet, la stimulation lumineuse intermittente provoque un important entraînement.

L'hémogramme est normal, il n'y a pas d'hématies falciformes.

L'évolution de ce cas nous semble intéressante à considérer en ce qui concerne l'installation des symptômes et le développement de l'activité délirante.

La précession des symptômes neurologiques est très nette : vertiges initiaux, épisode amblyopique, syndrome cérébello-pyramidal, constituent successivement une histoire très banale et typique.

Une première bouffée onirique survient trois ans après l'apparition des troubles moteurs ; les manifestations psycho-sensorielles, surtout visuelles, sont riches, elles entraînent une déféstration avec fracture grave de la cuisse gauche. Elles durent environ un an. Ces interprétations délirantes paraissent avoir été alors moins actives. Deux ans plus tard, survient un nouvel épisode mental, mais où les hallucinations auditives dominent, avec adjonction d'hallucinations génitales et cénesthésiques. La systématisation est pauvre. Il y a lieu de remarquer l'interprétation rétrospective rattachant les visions et les voix à l'expérience de spiritisme bien antérieure qui avait alors troublé la malade. Le thème délirant est surtout d'ordre spirite et vaguement manichéen. L'état neurologique s'est progressivement aggravé au cours de cette évolution, mais les entraves entraînées par la maladie n'ont jamais constitué un élément du délire.

Nous ne croyons pas que le diagnostic de délire paranoïde puisse être retenu : la malade ne présente pas, en effet, de troubles importants de la personnalité ; il n'existe pas de dissociation, le contact est bon et le comportement n'est nullement autistique. Ce cas se rapprocherait plutôt des observations de psychose hallucinatoire chronique telles que l'un de nous a déjà vues au cours de la sclérose multiloculaire, après P. Guiraud. Nous y retrouvons l'importance de l'élément onirique à la base de la construction délirante, le premier épisode mental ayant paru constituer un « moment fécond » particulièrement significatif pour le déroulement de l'activité paralogique consécutive. Mais l'allure du cas présente une note évolutive plus rapide, tant en ce qui concerne les troubles neurologiques que l'état mental. L'importance initiale des troubles psycho-sensoriels, la persistance d'une activité poly-hallucinatoire sous-tendant des thèmes délirants peu systématisés, orientés non par le contexte neurologique, mais par ces hallucinations souvent élémentaires en ferait une forme cérébrale particulière de la sclérose multiple, au sens où l'enseigne P. Guiraud (1).

(1) Travail de la clinique des maladies nerveuses de la Faculté de médecine de Marseille. Directeur : Pr Y. POURSIÈS.

DISCUSSION

M. H. SCHAEFFER. — estime que les troubles mentaux sont exceptionnels dans la sclérose en plaques, qu'ils représentent le plus souvent une simple coïncidence et qu'ils répondent à des pathogénies diverses.

M. Xavier ABÉLY. — Je ne partage pas l'opinion de M. Schaeffer. Je crois que les troubles psychiques ne sont pas rares dans la sclérose en plaques, notamment les symptômes délirants et hallucinatoires, et que ces troubles sont conditionnés par les lésions neurologiques cérébrales typiques. J'en ai observé quelques cas et j'en ai publié un de psychose hallucinatoire chronique avec Guiraud. Cette observation, suivie de vérification anatomique, était particulièrement suggestive puisque, d'une part, les troubles mentaux avaient précédé les manifestations neurologiques évidentes et que, d'autre part, les plaques paraissaient avoir atteint primitivement le cerveau. La constatation de ces faits semble pouvoir apporter une contribution importante à la pathogénie des hallucinations.

M. L. MARCHAND. — Les travaux concernant les troubles mentaux de la sclérose en plaques sont nombreux mais discordants. Ils diffèrent suivant qu'ils ont été observés dans des services de neurologie ou dans des établissements psychiatriques. Au cours des formes chroniques de la sclérose en plaques, ils ne consistent généralement qu'en troubles de l'affectivité et de l'émotivité. Certains malades sont euphoriques, d'autres simplement déprimés ; les modifications psychiques revêtent rarement l'allure d'une psychose. Dans certains cas, cependant, elles prennent une telle importance que les malades sont hospitalisés dans des services psychiatriques. Ce sont alors la localisation et l'abondance des plaques dans le cerveau qui sont la cause des troubles qui revêtent des formes variées. Dans le cas qui vient de nous être présenté, il est possible que le premier accès confusionnel avec hallucinations visuelles, survenu au cours d'une sclérose en plaques bien caractérisée neurologiquement, et qui s'est terminé par la guérison, soit dû à une phase aiguë de la sclérose en plaques ; le deuxième accès a pris la forme d'un délire onirique et s'est transformé en un délire hallucinatoire chronique. Dans l'observation de Guiraud et Xavier Abély, il s'agit aussi d'un syndrome hallucinatoire chronique et les hallucinations étaient en rapport avec les paresthésies dont souffrait la malade. Au cours des scléroses en plaques aiguës, on assiste souvent à des accès de confusion mentale ; ils sont déterminés par les plaques cérébrales, qui présentent un processus inflammatoire et qui s'étendent jusqu'au cortex cérébral. Dans un cas observé récemment avec Leconte et Ropert, les troubles mentaux ont revêtu d'abord une forme confusionnelle, qui évolua rapidement vers un état démentiel.

Une hypothèse sur le mode d'action des électro-chocs et des comas dans les schizophrénies juvéniles, par M^{me} M. CAVÉ.

Quel est l'effet des électro-chocs et des comas sur la schizophrénie juvénile ? Incontestablement, les malades ainsi traités ont un meilleur contact avec la réalité ; leur délire a été morcelé, fragmenté, ou bien il a complètement disparu. Ils deviennent capables de suivre une conversation, de répondre aux questions qu'on leur pose ; leurs actes absurdes diminuent de fréquence. Ils sont apparemment améliorés. Par contre, leurs troubles du caractère sont tels qu'après un nombre

considérable de comas et plusieurs rechutes il faudra, en définitive, les interner ou les lobotomiser.

Ces deux aspects de la thérapeutique par les électro-chocs et les comas : d'une part meilleur contact avec la réalité, d'autre part aggravation des troubles du caractère, sont solidaires l'un de l'autre et tous deux fonction de la disparition du délire. En effet, le malade, par cela même qu'il ne délire plus, qu'il ne peut plus s'évader dans le monde de l'illusion, est nécessairement beaucoup plus présent, beaucoup plus en contact avec le monde extérieur. Mais d'autre part le fait, pour lui, de ne trouver aucun exutoire, aucune morphine à la situation affective sans issue où il se trouve plongé, cette impossibilité d'évasion augmente nécessairement sa révolte et son agressivité.

Et si on entreprend de faire de la psychothérapie à de tels malades, si on essaye de leur faire concevoir leurs problèmes intérieurs de façon différente de celle dont ils les conçoivent, on se heurte à une véritable impossibilité thérapeutique ; ils déforment et interprètent tout ce qu'on leur dit en fonction de leurs propres problèmes, incapables de concevoir les choses différemment et de modifier ce qu'ils portent en eux. Leur esprit est fixé à un certain nombre d'idées toujours les mêmes auxquelles ils s'accrochent et reviennent sans cesse. On se heurte, non à la richesse infinie des idées du délirant, mais à une espèce de pauvreté, de stéréotypie de l'affectivité. *L'esprit a perdu sa plasticité, ses possibilités d'acquisition et de modification, il s'est en quelque sorte sclérosé : c'est une boîte à musique qui répète éternellement la même chanson.*

En outre, les malades sont incapables de travailler, incapables de fixer leur esprit sur une tâche déterminée. Et cela se conçoit puisque *ni les électro-chocs, ni les comas, ne modifient le fond mental* et que les problèmes qui hantent les schizophrènes traités par les méthodes de choc sont exactement les mêmes que ceux qui hantent les malades non traités (l'observation de Reine et celle d'Aglaé nous l'ont démontré avec évidence). De tels malades, prisonniers de préoccupations affectives dont, en raison de leurs interdictions, ils cachent soigneusement la nature, n'ont plus assez d'attention disponible pour accomplir un travail suivi, à leurs yeux dépourvu, du reste, de tout intérêt.

Les thérapeutiques de choc agissent-elles sur les impulsions ? Il ne le semble pas. Tout au moins si nous nous rapportons aux seules observations personnelles que nous possédions sur la question : Magali, avant d'être traitée par les comas (deux fois 60 comas et 12 électro-chocs) n'avait fait encore aucune tentative de suicide (bien qu'elle ait déjà acheté du poison). Sitôt sortie de la clinique, elle avale un produit pour les rats qui la met à deux doigts de la mort. En outre, en 1949, à l'époque où nous soignons Hector, nous avons été à même de connaître l'histoire, douloureuse entre toutes, d'un jeune schizophrène appartenant au milieu psychiatrique qui, interné et traité par les comas, a, au cours d'une permission, assassiné sa mère à coups de

hachette. Il nous paraît donc impossible de prétendre que les thérapeutiques de choc diminuent ou fassent disparaître les impulsions.

En définitive, le seul bilan des thérapeutiques de choc (insuliniques et électriques), c'est la disparition du délire, dont la conséquence est un meilleur contact avec le monde extérieur.

Maintenant que nous avons étudié les effets produits par les électrochocs et les comas sur le psychisme des malades, demandons-nous comment ils agissent physiologiquement.

Au cours du coma insulinique, de graves symptômes nerveux apparaissent : crises comitiales, paralysies transitoires, signe de Babinski, diminution des réflexes tendineux, cornéens et pupillaires, perte de la sensibilité et de la motilité volontaires — qui témoignent d'une altération transitoire, mais grave, de la cellule nerveuse. Ces altérations, répétées un grand nombre de fois (120 fois en moyenne) ne peuvent pas ne pas léser gravement la cellule cérébrale — dont on connaît l'extrême fragilité, puisqu'il suffit d'une anoxémie de quelques minutes pour en amener la mort définitive. On sait d'autre part que les troubles fonctionnels répétés aboutissent nécessairement à des troubles lésionnels : c'est une loi physiologique. Enfin, le délire est une réaction auto-défensive naturelle et sa disparition, quand elle est provoquée par le traitement insulinique, s'accompagne toujours de la disparition du pouvoir évolutif de l'esprit, donc, des propriétés biologiques de la cellule nerveuse. *Nous pouvons donc conclure avec certitude à l'altération de celle-ci.*

Quelle est la nature de cette altération ? Ici, nous ferons une hypothèse : il existe dans la cellule nerveuse, comme dans toute cellule vivante, une structure moléculaire, un équilibre colloïdal. Or, c'est l'impression d'un cerveau « cartonné », d'un cerveau qui a perdu sa flexibilité vivante, que donnent les schizophrènes soumis à la thérapeutique des comas. Il est donc possible que la structure moléculaire, l'équilibre colloïdal de la cellule nerveuse aient été modifiés.

Que l'altération pathologique de la cellule nerveuse soit le support de la disparition du délire s'explique parfaitement si on pense à ce qui se passe dans la lobotomie. Le cerveau du schizophrène lobotomisé est en effet, du point de vue anatomique et physiologique, dans un beaucoup plus triste état que le cerveau du schizophrène qui n'a pas subi cette opération. Cependant, le schizophrène lobotomisé est cliniquement amélioré : ses impulsions dangereuses et ses troubles caractériels ont disparu. *C'est donc la destruction du fonctionnement normal du cerveau, la destruction de son intégrité anatomique, qui est le support de l'amélioration clinique. On peut donc concevoir que la disparition du délire et que l'amélioration clinique qui en résulte aient elles aussi pour support une modification pathologique des propriétés biologiques de la cellule nerveuse.*

Ce qui ne veut pas dire toutefois que la schizophrénie suppose un tissu nerveux intact. Bien loin de là. En effet, certains délires toxiques : alcoolique, urémique, etc., témoignent qu'une altération passagère de la cellule nerveuse est nécessaire pour qu'ils se produisent. En outre, les facteurs héréditaires pullulent dans la schizophrénie. Enfin, on trouve chez les schizophrènes les mêmes traumatismes affectifs que chez les névrosés, mais déterminant chez ceux-là une maladie mentale beaucoup plus grave. Toute schizophrénie, tout délire, suppose donc un tissu nerveux de mauvaise qualité. Car si le délire est incontestablement un processus d'auto-défense, incontestablement c'est l'auto-défense d'une personnalité faible et vraisemblablement d'un cerveau mal évolués, mal bâtis. Nous avons comparé le délire au nodule tuberculeux, c'est-à-dire à la réaction auto-défensive d'un parenchyme pulmonaire envahi par une pullulation microbienne que les ganglions hilaires ont été impuissants à arrêter. Une bonne auto-défense pulmonaire se fait au stade ganglionnaire et quelques ganglions hilaires calcifiés, simple trouvaille de radiographie, témoignent que l'arbre respiratoire s'est victorieusement défendu.

Que le délire soit une auto-défense qui suppose une mauvaise qualité héréditaire du tissu nerveux n'empêche pas que sa disparition provoquée par les comas ne s'accompagne toujours d'une perte de la plasticité de l'esprit, qui témoigne d'une atteinte encore plus profonde de l'état de la cellule nerveuse. Détruire un délire sans toucher au fond mental sous-jacent, c'est détruire le nodule tuberculeux sans rien faire contre la pullulation du bacille de Koch, c'est supprimer une réaction auto-défensive extrêmement utile, c'est faire non seulement un acte thérapeutique extrêmement discutable, mais extrêmement nocif. Et l'on comprend qu'en définitive les traitements par les thérapeutiques de choc échouent.

Car c'est d'échec qu'il s'agit. Il est bien établi aujourd'hui que la thérapeutique par les électro-chocs et les comas n'a jamais guéri un seul cas de schizophrénie et qu'elle ne produit que des améliorations extrêmement temporaires et partielles. Une statistique parue dans les *Annales médico-psychologiques* donne un taux de guérison de 2 % (1). Qu'est-ce qu'une proportion de 2 %, sinon l'aveu que la thérapeutique échoue dans 98 % des cas et qu'il faut l'abandonner. Nous avons demandé personnellement à l'hôpital Henri-Rousselle, à la clinique de Sainte-Anne et à celle de l'Université de Leyde s'il avait jamais été enregistré un seul cas de guérison véritable de schizophrénie par la thérapeutique des comas. La réponse a été partout la même : les seuls cas, infiniment rares, où des guérisons ont été obtenues par l'insuline sont justement des cas où le diagnostic de schizo-

(1) *Annales médico-psychologiques*, décembre 1953, page 751. *La valeur des cures insuliniques*, Québec, novembre 1951.

phrénie était infiniment douteux. On peut donc dire qu'à l'heure actuelle, la thérapeutique des comas représente — dans les schizophrénies juvéniles — un échec thérapeutique complet.

Cependant, ce fut jadis une thérapeutique justifiée. En effet, au moment où elle s'est répandue, les quelques améliorations obtenues laissaient présager beaucoup d'espoir et on espérait, en perfectionnant la cure, obtenir de meilleurs résultats. On croyait à l'origine toxique de la schizophrénie. Par la suite, on s'est contenté de la médiocrité des résultats obtenus, car il s'agissait d'une maladie très grave qu'on ne savait pas améliorer autrement : les comas constituaient, de l'aveu même des psychiatres, une thérapeutique de désespoir.

La situation n'est plus la même aujourd'hui, où des guérisons ont été obtenues par des cures psychiques et des guérisons durables. Sébastien, Lucile, Hector restent guéris depuis respectivement six, cinq, quatre ans. Mme Séchehay, de son côté, a publié en 1949 la guérison d'un cas de schizophrénie (différant des nôtres, à la fois par les symptômes et par la nature du trauma infantin) et dont la guérison persiste toujours. La « schizophrénie » est à l'heure actuelle un syndrome qui comprend plusieurs maladies mentales différentes les unes des autres et dont les progrès de la médecine amèneront progressivement le démembrement. De même qu'il existe des névroses qui ont une base orale et des névroses qui ont une base sexuelle, il peut exister des schizophrénies qui ont une base orale et des schizophrénies qui ont une base sexuelle. Les recherches de Mme Séchehay et les miennes se complètent, mais ne se contredisent pas.

Bien sûr, il n'est pas question de demander actuellement aux psychiatres des asiles de traiter psychanalytiquement les schizophrènes de leurs services, et de consacrer à chacun d'eux une heure et demie de traitement journalier alors qu'ils ont parfois 200 malades à soigner et ne sont aidés que par deux internes. En outre, ils ne possèdent pas, pour la plupart, la formation technique nécessaire. Mais les impossibilités de l'heure actuelle disparaîtront bientôt : les nouveaux psychiatres se font psychanalyser et des équipes toutes fraîches viendront bientôt aider les anciens dans leur tâche écrasante. Les schizophrènes pourront bientôt être soignés.

...A l'exception toutefois de ceux qui auront été soumis aux thérapeutiques de choc, qu'on ne pourra plus jamais faire évoluer et qui seront perdus pour toujours parce que leur substance cérébrale sera définitivement lésée. Une question se pose donc à l'heure actuelle : *Avons-nous le droit, même si le traitement psychique de la schizophrénie ne peut être réalisé dans les asiles que dans plusieurs années, de traiter les malades par des comas et de leur faire perdre ainsi pour toujours le bénéfice d'un traitement psychique ultérieur ?* La malade de Mme Séchehay a guéri après sept ans de maladie. Dans sept ans, le traitement psychique des schizophrénies sera sans doute

pratiquement possible. Or, si nous ne sommes pas moralement responsables des troubles mentaux des schizophrènes, si nous ne sommes pas moralement obligés de savoir les soigner, *nous sommes responsables des souffrances corporelles et morales que nous leur infligeons inutilement en les traitant par les comas* ; nous sommes responsables des dépenses engagées par leurs familles et par la collectivité pour les soigner. *Mais encore et surtout, nous sommes moralement responsables de la condamnation définitive que nous faisons peser à tout jamais sur leur esprit en les soumettant à la thérapeutique détériorante des électro-chocs et des comas.*

Le délire, réaction d'auto-défense psychique, par M^{me} M. CAVÉ.

Je me suis efforcée, dans une communication précédente, de mettre en évidence le rôle *auto-défensif* du délire dans les différentes formes de schizophrénie. J'ai montré que dans les hétérophrénies il était anti-désespoir : anti-suicide ou anti-meurtre, et qu'il était également anti-désagréatif. Puis, dans un cas de schizophrénie à base hallucinatoire et dans une forme paranoïde, j'ai montré que le délire était anti-remords. Je ne me dissimule pas que c'est une thèse paradoxale que j'ai ainsi soutenue, car le délire est considéré en général comme le symptôme le plus grave, le signe par excellence du dérèglement de l'esprit, l'ennemi n° 1, celui qu'il faut abattre et dont la disparition ou l'atténuation constitue une grande victoire, un très grand progrès.

Dans les maladies corporelles, certains symptômes extrêmement graves, pathognomoniques, sont également des processus auto-défensifs. Il en est ainsi par exemple du nodule tuberculeux, dont la fonte caséuse donne la caverne redoutable. Il est formé d'une couronne de cellules groupées de façon à immobiliser le bacille de Koch au sein du parenchyme pulmonaire et ne se produit pas dans les formes encore plus graves de tuberculose qui prennent d'emblée la forme de granulie ou de méningite. Certes, le nodule est l'indice d'une auto-défense faible, nombre de gens exposés à la contagion tuberculeuse détruisent le microbe ou font une simple réaction hilaire, gardant un parenchyme intact. Le nodule est la réaction d'un tissu pulmonaire au sein duquel le microbe s'est déjà multiplié, où la réaction ganglionnaire s'est montrée insuffisante. Mais c'est une auto-défense tout de même et l'histologie nous le démontre. Ainsi en est-il du délire.

Bien que symptôme morbide, bien que signe par excellence de la maladie mentale, il est cependant anti-suicide, anti-meurtre, anti-désagréatif, anti-remords. *Et de même que la thérapeutique anti-tuberculeuse lutte contre le microbe et non contre le nodule, il faut, en pathologie mentale, lutter contre les complexes et non contre le*

délire. Or, que fait la thérapeutique des électro-chocs et des comas, appliquée aux schizophrénies juvéniles ? Incontestablement, elle détruit le délire et elle rétablit un meilleur contact. Mais non moins incontestablement, elle ne fait rien contre le fond mental, générateur du délire. Aussi n'est-il pas étonnant qu'en définitive elle échoue et que les malades qui paraissaient améliorés par le fait qu'ils étaient moins délirants, fassent des rechutes de plus en plus graves et finissent par la lobotomie. Nous développerons plus longuement ce point. Pour le moment, nous voulons surtout approfondir le processus délirant et résumer ce que l'étude psychanalytique des schizophrénies nous a permis de comprendre de ses mécanismes.

Nous avons essayé de retracer le dynamisme psychologique du délire hétérophrénique et de montrer qu'il puisait aux sources mêmes de la vie affective des malades ; qu'incontestablement, la personnalité de l'hétérophrène est mal bâtie, et mal bâtie depuis l'enfance. Sébastien, Lucile, Hector, sont des arriérés affectifs qui voient les problèmes de la vie sexuelle exactement comme ceux-ci se posaient pour eux à l'âge de 6 ans 1/2 ; ils n'ont pas évolué depuis. Précocement initiés, ayant subi de graves traumatismes, manquant d'affection, incompris et persécutés, leur contact avec le réel et leur logique sont restés infantiles et leur délire se manifeste tout autant par des réactions absurdes que par des propos délirants : les vols de Lucile, Hector qui découche pour dormir dans une gare, le copiage de métaphysique de Sébastien, sont des comportements délirants, ne répondant pas au but qu'ils se proposent d'atteindre, inadaptés par rapport au monde extérieur, mais ayant par contre un sens par rapport au monde intérieur du schizophrène qui, tout entier prisonnier de sa hantise, a perdu le contact.

Il est une clef bien simple, et qui ouvre tous les délires hétérophréniques : c'est la hantise sexuelle. Quels que soient la nature des propos délirants et les sujets dont apparemment traitent les délires, quelle que soit la forme que prennent les bizarreries de conduite, il s'agit toujours d'actions ayant la hantise sexuelle pour centre. Et ce n'est pas là une simple vue de l'esprit due à la déformation professionnelle d'une psychanalyste qui attribue automatiquement aux choses sexuelles une importance prépondérante, mais une constatation expérimentale, car ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois d'observation incompréhensive que nous sommes arrivée à découvrir cette clef.

Sébastien, par exemple, copie de la métaphysique à longueur de journée et ébauche apparemment un délire métaphysique ; en réalité, c'est le problème de sa vie sexuelle qu'il cherche à résoudre. Il ne veut pas entrer au couvent, où cependant il se sent contraint d'entrer, poussé par ses complexes. Il cherche ainsi à donner le change à lui-même et aux autres quant à ses projets d'avenir, à concilier le

mélange de hantise et d'interdiction sexuelle qui fait le fond de son esprit. Lucile se dit poursuivie par un amoureux imaginaire : sa hantise sexuelle est évidente ; mais son délire est toujours précédé de vols de bonbons ou d'argent puis, eux aussi, s'expliquent par cette hantise ; ils constituaient jadis pour elle un moyen d'attirer le frère-enfant amoureux. Hector découche. Pourquoi ? Fréquente-t-il de mauvaises compagnies ? Que peut-il bien faire puisqu'il ne va pas avec des femmes ? C'est la question que nous nous sommes posée, bien loin de supposer qu'en agissant ainsi il se comportait comme un Don Juan. Il fait des achats massifs de chewing-gum. En apparence, il s'agit d'une gourmandise effrénée ; en réalité, cela revient une fois encore à se comporter comme un Don Juan. Reine a des idées d'influence et refuse d'uriner. Pourquoi ? Parce qu'inévolue sexuellement, elle confond toujours l'urinaire et le sexuel et que les idées sexuelles qui la hantent revêtent nécessairement une forme urinaire qui la couvre de honte. Elle dit qu'on l'influence. Pourquoi ? Parce que ces idées urino-sexuelles dont elle est la proie, elle voudrait les chasser. Mais la nature est là, et les idées sexuelles reviennent malgré elle : elle en déduit qu'on l'influence. Magali parle d'un miracle de la Vierge. S'agit-il d'un délire mystique ? Non : la Vierge est celle qui a donné jadis un époux à sa mère et qui donne un époux aux jeunes filles. Aglaé commence sa maladie par des fiançailles imaginaires avec un jeune homme qu'elle n'a pas vu depuis l'enfance : sa hantise amoureuse est évidente ; démente et gâteuse, elle chante : « Je suis Mme Godroit », et explique que Mme Godroit est une femme que son mari embrasse ; quant aux « cot, cot, cot » qu'elle adresse au médecin-chef, nous en connaissons la signification. Quoi de plus ? Nous terminerons cette énumération de nos malades personnelles en rappelant deux exemples classiques : la malade de Jung qui, ayant fait jadis un projet de mariage avec un cordonnier, cloue encore des chaussures alors qu'elle est une vieille démente. Et la malade de M. Minkowski, laquelle, fiancée jadis à un Polonais qui l'appelait « ma reine » et « ma princesse », se dit toujours reine de Pologne, et fait au bout de plusieurs années de maladie une rémission « spontanée », lorsque M. Minkowski — qui parle polonais — s'occupe d'elle. La hantise sexuelle des schizophrènes est évidente pour peu qu'on ne reste pas à la surface des choses et qu'on ne se laisse pas prendre à la manière symbolique dont ils l'expriment.

Et il est bien compréhensible qu'il en soit ainsi, étant donné l'âge auquel éclôt la maladie mentale : 18 ans. Dix-huit ans, c'est l'âge auquel la vie sexuelle commence à se réaliser dans la vie de tous les jours ; c'est, pour les potaches, l'âge du second bachot où, sitôt qu'il est passé, il est de tradition de connaître la femme ; ce fut longtemps, pour les filles, l'âge du premier bal, de la première sortie dans le monde, car la question d'un mariage commence pour elles à se poser ; c'est, pour chacun de ces adolescents, l'âge des premiers

flirts et des premiers chagrins d'amour. *Dix-huit ans c'est aussi, du point de vue physiologique, l'âge où les substances œstrogènes sont sécrétées avec le maximum d'intensité. Il est donc bien évident que les êtres qui tombent malades à cet âge échouent devant les problèmes nouveaux que la vie et la nature leur posent et sont profondément atteints dans le domaine sexuel.*

L'hébéphrène n'a jamais été un être parfaitement normal, quoi que ses parents prétendent, et son déséquilibre s'est révélé depuis l'enfance par une multitude de petits signes, aux yeux de ceux dont il n'est pas le fils ou la fille. Toutefois, rien de sérieux jusqu'à ce qu'arrive l'époque de la vie sexuelle. A ce moment, le déséquilibre latent se réveille et se découvre. L'hébéphrène, qui n'a pas atteint l'âge de 18 ans peut être comparé à un être atteint de paralysie infantile, dont les jambes seraient atrophiées, mais qui serait assis dans un fauteuil, la partie inférieure du corps couverte d'un plaid. D'autres êtres de son âge l'entourent, assis comme lui. Il n'est question, ni pour les uns, ni pour les autres, de se lever et de marcher. Le paralytique assis est semblable aux autres : nul ne soupçonne son infirmité. (Tout au plus pourrait-on se demander pourquoi il a une couverture). Mais bientôt les nécessités de la vie changent : il faut se lever et marcher. Le paralytique fait comme les autres et rejette sa couverture. Aussitôt il tombe, il fléchit, il s'accroche, il fait scandale, et son infirmité se révèle aux yeux de tous. Ainsi en est-il du schizophrène à l'époque de la vie que la nature a choisi d'être pour tous le temps d'aimer.

Contrairement aux normaux, les hébéphrènes fuient le contact du sexe opposé ; il est impossible aux garçons de s'approcher d'une fille pour l'inviter à danser ; les filles refusent farouchement d'aller au bal, elles passent leur temps dans des sociétés féminines et hantent les églises d'une manière morbide. Les garçons, paralysés, ne tentent pas d'avoir des rapports sexuels ; et si, après nombre d'angoisse et d'hésitation, ils arrivent à le tenter, ils demeurent impuissants ; la femme et l'acte sexuel sont pour eux « tabou ». Le comportement des hébéphrènes témoigne de leurs interdictions sexuelles et le délire, le recours au monde de l'illusion, constitue pour eux la seule issue à leur secrète hantise.

Depuis longtemps, les psychiatres se passionnent pour le mystère de la démence précoce, où joue avec évidence le facteur âge. Pourquoi cette éclosion à date fixe, à un âge déterminé ? La réponse est bien simple, et c'est la nature, l'évolution naturelle des êtres, qui la fournit. Kræpelin, du reste, l'avait pressenti, qui pensait que la sécrétion de substances sexuelles anormales produisait à cette époque de la vie une intoxication, génératrice de démence précoce. Il ne s'agit pas toutefois de sécrétion, mais de nanisme affectif et sexuel...

Revenons maintenant aux délires hallucinatoires. Dans une observation superficielle, celle de Marfa, nous avons pu mettre en évi-

dence que le délire était anti-remords. Il en allait de même dans un autre cas de schizophrénie à forme hallucinatoire, dont nous avons déjà publié l'observation et que nous avons étudiée en 1949 dans le service de M. Guiraud. Sophie, âgée de 22 ans, fille de médecin, atteinte d'érotomanie, faisait sur le D^r X... le transfert affectif intégral de son père, dont on l'avait accusée d'avoir causé la mort (qu'elle avait peut-être effectivement causée). Prisonnière des actes qu'elle avait faits du vivant de son père, obnubilée par leur souvenir, elle voulait maintenant agir à l'égard du D^r X... de façon exactement opposée à celle dont elle avait agi à l'égard de son père, de manière à annuler son remords. L'éclosion de sa conviction érotomane avait du reste été précédée d'une période d'affreux remords, de visions de fantômes, de pas entendus pendant la nuit, d'agoraphobie, de crises nerveuses épouvantables et même d'une tentative de suicide. Depuis l'installation de l'érotomanie : plus d'angoisse, plus d'idées de suicide. Sophie est calme et sereine. L'érotomanie a joué un rôle anti-remords, mais elle a aussi donné à cette obsédée sexuelle l'illusion d'être aimée. Or, c'est parce que le père s'opposait jadis à sa vie amoureuse, ne lui donnant pas l'argent nécessaire pour être vêtue décemment, l'empêchant de sortir et de connaître des jeunes gens comme les autres jeunes filles de son âge, que Sophie a jadis souhaité et même peut-être précipité la mort de celui-ci. *Or, le délire satisfait sa hantise amoureuse et détruit son remords. Une fois de plus, c'est un processus auto-défensif et une fois de plus il puise au plus profond de la vie affective et cruelle de la malade.*

Pétronie, que nous adresse à la même époque M. Cossa, a également des hallucinations et elle commence un délire de grandeur : elle a l'idée d'être une sainte, une grande sainte. Le délire est d'apparence mystique. En réalité, Pétronie, qui n'a pas la foi, compense de cette façon une situation tragique d'infériorité qui est la sienne depuis l'enfance par rapport aux filles de son âge. Obsédée, ridicule, moquée, mise au banc de la classe à cause de son apparente bêtise, elle a d'abord rêvé de devenir professeur de philosophie, puis, ayant échoué à son bachot pour la dixième fois, elle entend des voix lui dire : « Tu es une sainte, une grande sainte » (tandis que d'autres lui disent : « Tu es une gourde, une fondue, une toquée »). Et elle croit qu'effectivement elle est destinée à devenir une sainte car, dit-elle, elle a subi de grandes épreuves ; en outre, pour être une sainte, il n'y a pas besoin d'avoir le baccalauréat. Pourquoi l'échec scolaire a-t-il pris de pareilles proportions chez Pétronie ? Ne peut-elle l'oublier et se tourner vers l'avenir ? Non, car Pétronie est une homosexuelle refoulée et les rapports qu'elle entretient avec ses compagnes, son désir d'être admirée par elles *plonge par cela même au plus profond de son affectivité et de sa sexualité.* L'échec aux examens a du reste été suivi d'une période de désespoir telle qu'on a dû pendant plusieurs jours surveiller Pétronie, qui s'était roulée par terre dans la rue, en

proie à une terrible crise nerveuse et voulait aller se jeter sous une voiture. *Le délire est donc une fois de plus anti-suicide, anti-désespoir ; une fois de plus, c'est un processus auto-défensif.*

S'agit-il, dans les schizophrénies à forme hallucinatoire, d'un infantilisme ou bien d'une régression ? C'est ce que nous ne savons pas, n'ayant jamais étudié ces malades suffisamment à fond, n'ayant jamais retracé le dynamisme pathologique de la maladie dans tous ses détails depuis l'enfance, ne l'ayant point comprise dans ses ressorts les plus cachés comme ce fut le cas pour Hector. Car c'est l'observation, et l'observation seule, qui nous amena à conclure, non seulement à l'inévolution affective, mais encore à l'inévolution logique et à l'infantilisme du contact avec la réalité de l'hébéphrène.

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit la forme de schizophrénie juvénile qu'on envisage : hébéphrénie, schizophrénie à base hallucinatoire (et même forme paranoïde), le délire est toujours un processus auto-défensif. Le fait était déjà connu pour certains délires très particuliers, tel le délire de grandeur du persécuté. *Notre apport aura été de montrer qu'il constitue un processus auto-défensif dans les schizophrénies juvéniles où on ne supposait pas jusqu'alors qu'il puisse jouer un tel rôle.* Et ceci nous amène, inéluctablement, à poser la question du traitement des schizophrénies juvéniles par les électrochocs et les comas puisque ceux-ci ont pour résultat essentiel de rétablir un meilleur contact avec la réalité et de faire disparaître le délire.

Remarques sur les variations de certains stéroïdes urinaires au cours de la cure de Sakel, par MM. Jean DELAY, Georges DELAVILLE, Pierre SIZARET, Bernard LAINÉ et Philippe BENDA.

Nous avons suivi l'élimination de quelques stéroïdes urinaires au cours d'une série de comas insuliniques.

Le groupe étudié est assez homogène : il s'agit de femmes jeunes, hospitalisées depuis quelques semaines dans le service, tantôt à l'occasion d'une schizophrénie reconnue récemment, tantôt pour une psychose aiguë.

On s'efforce de recueillir, à plusieurs reprises pour chaque cas, la totalité des urines des 24 heures : avant le début de la cure, au premier jour de celle-ci ; puis un jour de repos hebdomadaire par exemple au lendemain d'un jour où l'on a injecté 100 unités d'insuline, ou au lendemain du 4^e ou du 10^e coma.

Les 17-cétostéroïdes sont dosés par une technique dérivée de celle de Talbot, utilisant le procédé calorimétrique de Zimmermann ; les corticostéroïdes urinaires par une variante de la méthode de Daughaday.

Le détail de nos constatations est donné dans un article à paraître prochainement dans *l'Encéphale* ; on peut les résumer comme suit :

1) Chez dix cas de schizophrénie, la moyenne de l'élimination des seuls corticostéroïdes est égale à 0 mg. $83 \pm 0,21$ pour les urines recueillies au premier jour du traitement ; elle s'élève à une valeur moyenne de 1 mg. $16 \pm 0,19$ pour les urines prélevées à un moment variable au cours du traitement.

Mais il faut souligner que l'injection de 20 ou 30 unités d'insuline, faite au premier jour du traitement, constitue déjà un stress ; aussi bien, peut-on adopter comme valeur de base la valeur moyenne trouvée chez dix autres schizophrènes en dehors de tout traitement, égale à $0,55 \pm 0,22$.

Dans ces conditions, l'élimination des corticostéroïdes paraît pouvoir doubler en moyenne, au cours de la série des comas insuliniques.

2) Dans dix autres cas, on suit l'élimination simultanée des 17-cétostéroïdes et des corticostéroïdes urinaires.

Parfois, l'excrétion des corticostéroïdes augmente régulièrement (quatre cas) pour atteindre un maximum vers la troisième semaine de la cure ; la moyenne du coefficient d'augmentation est de 3,9.

Parfois, le taux des corticostéroïdes varie relativement peu (quatre cas) ; en tout cas, l'augmentation est inférieure à deux coefficients de variation.

Enfin, dans deux cas, l'élimination des corticostéroïdes diminue dans cette même période, qui va du 10^e au 20^e jour après le début du traitement.

Si l'on rapproche de ces fluctuations biologiques les modifications concomitantes de l'état mental, on s'aperçoit que, dans les quatre cas pour lesquels l'augmentation des corticostéroïdes a au moins doublé au cours de la cure de Sakel, l'insulinothérapie a provoqué une amélioration satisfaisante et durable des troubles mentaux ; il s'agit de psychoses aiguës, d'étiologie post-puerpérale et revêtant des tableaux psychiatriques divers : maniaco-dépressif, schizoïde, confuso-onirique.

Dans les cas où les variations biologiques ont été peu marquées, la transformation psychique reste partielle et passagère ou bien nulle ; il s'agit, cinq fois sur six, de schizophrénies.

Les différences des fluctuations des corticostéroïdes pour les deux groupes définis plus haut, psychoses puerpérales et schizophrénies, sont probablement significatives ($P < 0,02$).

Quoiqu'il soit plus difficile de schématiser les variations des 17-cétostéroïdes, la comparaison des deux mêmes groupes laisse apparaître également une différence probablement significative ; mais ici P , quoiqu'inférieur à 0,05, est très voisin de ce chiffre.

On peut résumer comme suit la variation maximum d'augmentation des corticostéroïdes et des 17-cétostéroïdes, pour nos dix cas, au cours de la cure de Sakel :

	PSYCHOSES PUERPÉRALES	SCHIZO- PHRÉNIES	P
Moyenne du pourcentage d'augmentation des 17 - cétostéroïdes	+ 76 %	+ 19 %	< 0,05
Moyenne du pourcentage d'augmentation des corticostéroïdes	+ 290 %	0	< 0,02

Au cours de ce type de recherches, on ne peut éviter complètement un certain nombre de difficultés d'ordre technique ou statistique concernant le recueil de la totalité des urines, l'importance des variations quotidiennes, l'influence de la diurèse ou des apports alimentaires ; pourtant, nous avons étudié un groupe de femmes jeunes, ce qui élimine déjà la part des androgènes d'origine testiculaire, groupe homogène par l'âge (20 à 40 ans) et la durée brève de l'hospitalisation.

Nous renvoyons le lecteur, pour de plus larges commentaires, à l'article à paraître dans l'*Encéphale*, qui rappelle également les données de la littérature, ayant trait aux influences de stress divers sur l'élimination des corticostéroïdes, en pathologie générale ou mentale.

Remarquons seulement que les valeurs de base des corticostéroïdes urinaires sont basses dans nos cas de schizophrénie par rapport aux chiffres trouvés avec la même technique de dosage chez des sujets normaux. Hoagland et Pincus l'ont déjà observé. Au cours de la cure de Sakel, les variations des corticostéroïdes urinaires, chez les schizophrènes que nous avons étudiés, sont faibles ; au contraire, la réponse du groupe des psychoses aiguës est sans doute du type qu'on observerait chez des sujets normaux, soumis à des conditions de stress analogues.



Élection d'un membre correspondant national.

Après lecture du rapport du D^r M. BERGERON, au nom d'une commission composée de MM. X. ABÉLY, Y.-J.-M. PORCHER et M. BERGERON, rapporteur, le D^r Henri CÉNAC-THALY, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Chezal-Benoit (Cher), a été élu *membre correspondant national*, par 17 voix sur 17 votants.

La séance a été levée à 18 heures.

Le secrétaire des séances :

M. BERGERON.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy

Séance du 3 avril 1954

Présidence : **M. J. HAMEL** (de Nancy)

Un cas de myoclonie hystérique (Présentation de malade),
par MM. R. LANTER et C. MAGIER (de Rouffach).

Homme de 31 ans, marié, présentant depuis plusieurs mois un syndrome myoclonique grave. Le diagnostic de troubles extrapyramidaux post-encéphaliques, primitivement porté, se basait sur une phase prodromique d'hyper-somnie avec céphalées, suivie de l'apparition brusque d'un tremblement généralisé avec myoclonies multiples non rythmées, ébauche d'hémiballisme droit, crise convulsive, légère obnubilation de la conscience. Liquide céphalo-rachidien normal. Electro-encéphalogramme à la limite de la normale (rythme de base 8 c./s., ébauche de synchronisations lentes frontales à 6-7 c./s.). L'investigation psychothérapique mit à jour une structure névrotique ancienne (féminine-passive) restée asymptomatique jusqu'au moment où elle fut brusquement décompensée par suite de l'impossibilité pour le malade de faire face au conflit de préséance surgi entre la mère et l'épouse.

Un cas de gargoylisme. Ses formes frustes. La valeur de la ponction-biopsie du foie, par MM. M. MATHIS et A. WACKENHEIN (de Strasbourg).

Les récentes confrontations anatomo-cliniques permettent de systématiser la question des formes incomplètes de gargoylisme. Alors qu'avant les recherches anatomiques on ne pouvait poser le diagnostic de gargoylisme (dysostosis-multiplex-lipocondrodystrophie) qu'en cas de symptomatologie complète, on peut aujourd'hui isoler des types de gargoylisme fruste. Etude de ce problème de diagnostic avec la conclusion que « l'aspect de gargouille » associé à l'un des quatre symptômes cardinaux suffit au diagnostic positif après élimination de toute autre affection, en particulier le crétinisme, la maladie de Morquio et la maladie de Clément. Pour la première fois dans la littérature mondiale du gargoylisme, les auteurs pratiquent la

ponction-biopsie du foie chez leur malade ; ils discutent sa valeur diagnostique et son importance nosologique. Le cas présenté est une fillette de 8 ans atteinte d'idiotie, d'altérations osseuses crâniennes, d'hépatosplénomégalie, de lanugo dorso-lombaire et de hernie ombilicale.

Recherches sur les troubles psychomoteurs de l'adolescent arriéré,
par MM. M. MATHIS et R. CAHN (de Strasbourg).

La réussite professionnelle des débiles est liée en grande partie aux capacités manuelles. La recherche présente, poursuivie sur 54 adolescents débiles légers travaillant dans un centre d'apprentissage spécialisé, a pour but de montrer dans quelle mesure les examens cliniques (neurologiques et gnoso-praxiques) et psycho-techniques (test de Stenqvist, de Walther et de Heuyer-Baille) pouvaient faire prévoir la réussite ou l'échec en atelier. Aucun débile mental n'est indemne de signes cliniques. Les plus constants sont les syncinésies et l'apraxie symétrique, les plus significatifs les troubles cérébelleux et ceux de la stéréopraxie, qui permettent de porter un mauvais pronostic manuel. D'autre part, la corrélation entre l'examen clinique et l'atelier est légèrement meilleure que celle entre les tests et l'atelier. Enfin, la combinaison des deux examens permet dans 75 % de cas de prévoir le pronostic manuel de l'arriéré.

Un cas de démence précocissime, par M^{me} I. DE BURES
et M^{lle} N. VERNET (de St-Venant).

Démence précocissime survenue chez un enfant à développement normal jusqu'à l'âge de 3 ans, non débile, sans antécédents héréditaires vésaniques, sans aucune maladie infantile notable. Actuellement, à l'âge de 9 ans, indifférence affective marquée, tics et stéréotypies mimiques survenus progressivement. La soliloquie est fréquente. Opposition et négativisme. Tableau de la démence précocissime identique à celui de Sancte de Sanctis.

Un cas de syndrome subjectif des blessés du crâne sans traumatisme, par MM. J. HAMEL, Th. DAMPT et M. WEISGERBER (de Nancy).

Rappel bref des signes essentiels du syndrome subjectif des traumatisés du crâne et présentation d'un syndrome identique survenu chez un sujet présentant des accès typiques de migraine ophtalmique. Les auteurs attirent l'attention sur le fait que ce syndrome peut se constituer, non seulement à la suite de troubles vasculaires encéphaliques d'origine traumatique, mais encore à partir de désordres circulatoires cérébraux fonctionnels non traumatiques.

Un cas d'intoxication oxycarbonée avec troubles neuro-psychiatriques consécutifs, par M. Th. KAMMERER, M^{lle} J. JOUFFROY et M. R. DURAND DE BOUSINGEN (de Strasbourg).

Femme de 36 ans ayant subi le 4 décembre 1953 une intoxication lente et insidieuse par l'oxyde de carbone. Coma de trois à quatre heures. Aucun symptôme au réveil. Après un intervalle de deux jours, apparition d'un syndrome

bradypsychocinétique à tonalité dépressive, avec inertie émotionnelle et perte de l'initiative. La malade est vue deux mois après. Electro-encéphalogramme normal. Tests psychologiques : fonctions intellectuelles normales, pas de détérioration mais temps de réaction très longs. Electromyographie : petits troubles de la série extra-pyramidale. Amélioration rapide des troubles neurologiques mais, après quatre mois : maintien des troubles psychiques, faciès figé, absence de mouvements automatiques. La malade reste inapte à reprendre son métier de coiffeuse. Ce cas permet de souligner : 1) l'importance de l'intoxication lente et progressive ; 2) la notion d'intervalle libre ; 3) le syndrome neuro-psychiatrique constaté à rapprocher du syndrome bradypsychocinétique décrit par Rouault de la Vigne ; 4) le pronostic des séquelles des intoxications à l'oxyde de carbone ; 5) l'importance d'une réanimation rapide.

Troubles endocriniens, métaboliques et psychiques dans un cas d'épithélioma de l'hypophyse, par MM. L. SINGER, A. DANY, M. MENGUS, L. RETACCHI et M. MEYER (de Strasbourg).

Observation d'un homme de 26 ans avec volumineux épithélioma de l'hypophyse. Hémianopsie bitemporale, atrophie du nerf optique à gauche, agrandissement de la selle turcique avec érosion du fond et des clinoides postérieures. Obésité, absence de pulsions sexuelles, retard de la spermatogénèse à la ponction testiculaire. Périodes de dépression avec tentative de suicide, phases d'onirisme avec zoopsies, visions panoramiques et scènes paradisiaques avec ébauche de délire mystique. Crises d'épilepsie depuis décembre 1953. Disparition des troubles mentaux après l'intervention faite sous hibernation.

Dix minutes de méthodologie, par M. Fr. ADAM (de Rouffach).

L'auteur déplore une fois de plus que les méthodes d'observation de nos malades et d'interprétation des résultats obtenus en les traitant ne soient pas suffisamment codifiées et critiquées dans ces réunions. On voit publier des cas de guérisons de schizophrénie, notamment, dont le diagnostic est loin d'être établi de façon indiscutable. On rapporte les avantages d'une médication après essai du produit dans une dizaine de cas... et moins. Et, surtout, après utilisation de la drogue sur des malades atteints d'affections guérissant en général spontanément. Comment, par ailleurs, faire son choix entre trente spécialités, par exemple, de pénicilline, quatorze de bipénicilline, quatre de tripénicilline..., etc... Et l'on nous annonce que 50.000 (cinquante mille) variétés d'antibiotiques sont à l'étude de par le monde !! Et l'auteur de déplorer que soit par trop oublié le principe qu'énonçait Bossuet : le plus grand dérèglement de l'esprit est de voir les choses comme on voudrait qu'elles fussent, au lieu de les voir comme elles sont !!!

Construction délirante dans le parc de l'établissement par un malade encore à classer, par M. Fr. ADAM et M^{lle} HAAS (de Rouffach).

Les auteurs conduisent la Société « sur le terrain » — joute le théâtre de l'hôpital psychiatrique — pour y admirer un petit village édifié là par le malade chargé de l'entretien de ce bâtiment. L'« architecte », qui est présent, apporte des explications sur les conceptions assez obscures, en

tout cas délirantes, qui ont inspiré son œuvre. Il utilise tous les bris de verre, de porcelaine, les vieilles lampes électriques, des morceaux de fioles..., etc..., pour orner des demeures — des églises surtout — édifiées en terre glaise. Une voie de chemin de fer, parfois souterraine, dessert les édifices de l'agglomération.

Arthus n'est point encore passé par Rouffach pour expliquer le délire de ce sujet, jadis classé comme mélancolique..., aujourd'hui inclassé, si ce n'est comme délirant mystique ; ce qui est insuffisant. Les hôtes de ce jour seront plus à même, ayant pu aujourd'hui contempler la production de notre malade, d'apprécier l'étude qui doit paraître dans une revue psychiatrique, sous la plume d'un de nos anciens assistants, de cette « réalisation concrète ».

Note sur l'apparition de troubles extrapyramidaux au cours du traitement par le 4560 R.P., par MM. M. THIÉBAUX, R. THIÉBAUX, R. BOYER, F. LEBORNE et M. KIFFEL (de Ravenel).

Observations de signes neurologiques extrapyramidaux au cours de cures prolongées par le 4560 R.P. Dans trois cas, apparition d'un véritable syndrome parkinsonien : contracture intense avec signe « de la roue dentée », tremblement ample et lent, troubles de la parole qui est scandée, difficile, troubles de la marche, sialorrhée. Ces troubles sont retrouvés, à des degrés divers, chez la majorité des malades traités par la chlorpromazine, la contracture étant rencontrée le plus fréquemment. Disparition des signes neurologiques sans séquelles dès l'arrêt du traitement dans les cas graves, spontanément en cours même de traitement dans les cas légers décelés uniquement par un examen neurologique attentif et quotidien. Discussion du point d'attaque du 4560 R.P. au niveau du système nerveux central.

Thérapeutique par le sommeil prolongé, technique et premiers résultats, par MM. P. ROYER, M. BEIS et M. BURNER (de Maréville).

Premiers résultats d'une série de cures de sommeil. Sur seize malades traités, six guérisons avec sortie, six améliorations, quatre échecs. Quatre conditions à la réussite de la cure : climatisation et insonorisation parfaites des locaux, recherche d'un sommeil aussi voisin que possible du sommeil physiologique, comportement maternel du personnel chargé de la conduite du traitement, importance de la psychothérapie rééducative après la cure. L'action du sommeil est remarquable dans tous les états où la composante anxieuse est dominante ; syndromes dépressifs ou délirants en particulier.

Indications et contre-indications de l'hibernation classique au cours des délires aigus hyperthermiques, par MM. M. BEAUDOIN, P. SMITH et PAUGAIN (de Maréville).

Se référant aux travaux de Golse, Deniker et Fourment, les auteurs examinent le degré de déshydratation et les secteurs hydriques respectivement intéressés par les états confuso-maniaques : le delirium, les encéphalites psychosiques azotémiques aiguës. Ces différents aspects cliniques semblent

pouvoir être rapportés à un même trouble d'encéphalique d'expression humorale. Ils sont tous marqués par un état d'hypertonie osmotique du plasma facile à estimer par l'étude du delta cryoscopique, simple, à corriger par l'apport de solutions hypotoniques. Mais le delirium semble mériter une place à part dans ce groupe clinique par sa tendance à l'anoxie cérébrale. Le professeur Franck (de Nancy) a montré que la chlorpromazine potentialisait l'anoxie. On comprend donc que l'apport intraveineux du cocktail lytique puisse aggraver ces états dans un certain nombre de cas. D'où le schéma thérapeutique suivant : 1) pour les états confuso-maniaques sans fièvre et sans hyperazotémie, simple réhydratation par voie orale avec contrôle du delta ; 2) dans le cas de delirium avec légère hyperazotémie et déshydratation plus marquée, réhydratation et usage prudent des drogues lytiques ; usage du cocktail par voie intramusculaire et réfrigération générale plutôt que locale (vessies de glace) sous couvert de pénicilline (chambre climatisée de Doussinet à 18° ; 3) en cas d'encéphalite psychosique avec fièvre et hyperazotémie élevées, réhydratation parfaite, cocktail intramusculaire et éventuellement hibernation classique par perfusions veineuses.

Un cas de guérison de bégaiement par la chlorpromazine, chez un garçon de 15 ans, débile mental, par M. Fr. LANG (de Ravenel).

Guérison persistante d'un bégaiement tonique, probablement d'origine affective, chez un garçon de 15 ans, débile mental, avec nombreux équivalents comitiaux confirmés par électro-encéphalogramme, par administration *per os* de trois comprimés par jour pendant six jours de chlorpromazine. Sédation rapide des troubles caractériels. En raison de la fréquence des troubles du langage d'origine affective, cette observation paraît montrer que la chlorpromazine lève plus sûrement et plus rapidement « la barrière d'angoisse » que les traitements logopédiques ou psychothérapiques.

Création d'un dispensaire d'hygiène mentale antialcoolique : espérances et difficultés ; six premiers mois, par M. J. BUTZBACH, M^{me} E. ABRAHAM et R. BOUQUARDEZ (de Belfort).

Création d'un dispensaire antialcoolique à Belfort en octobre 1953. Cure ambulatoire le plus souvent sans arrêt de travail avec traitement médicamenteux associé à la psychothérapie. Dans les cas graves, traitement hospitalier. Exposé des difficultés rencontrées et des espérances.

Névrose obsessionnelle évoluant depuis 1919. Résultat de la leucotomie pratiquée en 1950, par M. B. FREY (de Rouffach).

Observation d'une malade atteinte de névrose obsessionnelle, dont le début remonte à l'année 1919. Scrupules pathologiques apparus à l'âge de 16 ans. A la même époque apparaissent la menstruation et des crises épileptiques. En 1932 les crises cessent, faisant place à une rechute dans l'état scrupuleux, auquel succède bientôt une obsession de souillure. Après deux séjours à la clinique psychiatrique de Strasbourg, où elle fait l'objet en 1938 d'un mémoire du Dr Buhecker, la malade est admise à l'hôpital psychia-

trique de Rouffach à sept reprises, de 1938 à 1951. Auparavant, traitement psychanalytique sans succès. Pendant la dernière guerre, traitée à l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld par les électro-chocs et les cemas insuliniques. Tous les traitements se révélant inefficaces et la malade exprimant des velléités de suicide, on décide de recourir à la leucotomie, pratiquée au service neuro-chirurgical de Colmar le 7 janvier 1950. Après des suites opératoires mouvementées, grande amélioration. Sortie le 27 mai 1950, elle se porte bien jusqu'au 1^{er} novembre 1950. A cette date, rechute partielle, qui nécessite le retour à l'hôpital psychiatrique où la malade est soumise à une rééducation très stricte, facilitée d'ailleurs par une bonne volonté qui n'existait pas avant l'intervention. La malade sort définitivement de l'hôpital psychiatrique le 13 août 1951. Depuis près de quatre ans, elle mène auprès de sa mère une existence quasi-normale. Elle a conservé sa foi religieuse, mais ne se fait plus de reproches injustifiés et ne souffre plus. Elle se confie, dit-elle, à la miséricorde de Dieu.

Sans méconnaître les sentiments élevés qui ont incité le professeur H. Baruk à proposer au cours d'une séance récente de la Société médico-psychologique l'interdiction légale de la leucotomie, l'auteur estime que, dans le cas qu'il vient de rapporter, cette intervention ne constitue pas un attentat contre la personne humaine puisqu'elle a mis fin à des souffrances intolérables, qu'elle n'a été pratiquée qu'après épuisement de toutes les thérapeutiques usuelles, qu'elle n'a provoqué pendant une période de quatre années aucune reviviscence de la grande épilepsie et qu'enfin elle modifie dans un sens favorable la personnalité autrefois lamentablement atteinte de la malade.

Syndrome dysthymique tenace. Guérison immédiate après ventriculographie, par MM. M. HACQUARD, J. MERCIER et A. HARTEMANN (de Maréville).

Observation d'une jeune femme de 25 ans qui, quatre ans après une grave commotion cérébrale, a présenté un syndrome dysrythmique avec troubles des fonctions hypnique, hormonale, métabolique, résistant aux thérapeutiques habituelles. Une ventriculographie, par contre, amena une guérison immédiate et stable, tant des troubles psychiques que somatiques.

Crises épileptiques survenues chez des malades ayant subi un très grand nombre d'électro-chocs. A propos de trois cas, par MM. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE-LENTULO, MM. J. FORGET, A. ANTOINE et M. RUYER (de Lorquin).

Trois cas de manifestations épileptiques — crises généralisées chez deux malades, absences chez le troisième — survenues chez des patientes, agitées chroniques ou périodiques, traitées pendant plusieurs années par des séries répétées d'électro-chocs atteignant au total plusieurs centaines de séances. Apparition de la comitialité assez tardivement, crises rares et espacées, mais typiques. Les électro-encéphalogrammes n'ont pu être pratiqués. L'encéphalographie gazeuse ne montre pas d'atrophie cérébrale dans les deux cas où elle a été faite. Les auteurs constatent les faits et soulignent, d'une part l'efficacité du traitement anti-comitial et, d'autre part, la rareté de ces manifestations épileptiques par rapport au grand nombre de malades ayant subi le même traitement entre 1945 et 1949.

Les incidents de la ponction lombaire. Analyse de quelques facteurs pathogéniques, par MM. C. FEUILLET, J. MERCIER, M^{lle} Th. DAMPT, et M. J. GÉRARDIN (de Maréville).

Les auteurs ont observé systématiquement les suites de ponction lombaire sur 300 sujets, en faisant varier successivement certaines conditions expérimentales : position et comportement, pression jugulaire, calibre de l'aiguille, vitesse d'écoulement du liquide céphalo-rachidien, etc... Le rôle de chaque variable est apprécié par comparaison du groupe correspondant à un groupe-témoin. Les incidents de rachicentèse paraissent liés dans une large mesure à une perturbation de la statique cérébrale ; la rapidité avec laquelle varie la pression liquidienne est un des facteurs pathogéniques les plus importants.

L. SINGER.

SOCIÉTÉS

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 27 mars 1954

Présidence : M. P. FOCQUET, président

De l'asomatognosie à l'apraxie constructive, par M. J. RAVESCHOT.

L'auteur présente une série de réflexions à propos des travaux de Ajuria-guerra et Hécaen sur ces problèmes et discute les théories classiques, localisatrices et associationnistes. Il discute également les diverses conceptions du schéma corporel à la lumière de certains travaux hollandais, ceux notamment du professeur Carp. Ces recherches ont abouti à la notion d'apraxie de construction, dont la signification diffère encore d'après les auteurs. Il est important de poursuivre des recherches dans ces domaines, en rapport notamment avec le traitement des troubles de l'intégration des mouvements et celui des schizophrènes par la praxithérapie. La notion de somatognosie demande à être précisée.

Sur l'évolution de la technique de l'électrochoc jusqu'à l'emploi du chlorure de succinylcholine. (myoplégine), par M. J. VAN HERCK.

L'auteur rappelle les tentatives d'électronarcose dont les résultats ont été décevants. Il a fait construire un appareil qui permet de faire varier le

milliampérage et de réaliser l'électro-choc prolongé, durant jusqu'à sept minutes. L'utilisation de la myoplégine supprime les convulsions. On n'observe plus jamais d'excitation motrice après le choc.

J. LEY.

**Société de médecine mentale de Belgique,
Société belge de neurologie
et Société belge de médecine légale**

Séance commune du 24 avril 1954
(consacrée aux **applications médico-légales**
de l'électro-encéphalographie)

Présidence : MM. M. ALEXANDER et E. EVRARD.

**Introduction à l'étude des applications médico-légales
de l'électroencéphalographie, par M. J. TITECA.**

L'orateur rappelle les notions fondamentales de l'électro-encéphalographie et la signification des diverses modifications pathologiques du tracé. Il discute la valeur médico-légale des ondes lentes et des pointes observées chez les traumatisés du crâne et insiste sur la nécessité d'étudier l'évolution de ces cas par des examens répétés. L'étude des boxeurs, qui réalisent une traumatologie quasi-expérimentale, est très instructive. L'auteur relate quelques cas particulièrement démonstratifs de l'utilité de l'électro-encéphalographie dans la recherche des causes de la criminalité. Le tracé ne peut être interprété qu'en fonction de la clinique.

Corrélations électro-cliniques entre l'électroencéphalogramme, l'examen neuro-psychiatrique et les conclusions médico-légales, par MM. J. PIRON et MEURICE.

Etude de cent délinquants militaires montrant que l'intensité des altérations du tracé électro-encéphalographique ne correspond pas toujours au degré de « responsabilité » attribué par l'expertise. Sur 26 sujets déclarés « responsables », on a trouvé 6 cas de perturbations électro-encéphalographiques graves. Des psychopathes très graves du type dit « épileptoïde » peuvent avoir des tracés normaux.

Il convient d'interpréter les résultats de l'électro-encéphalogramme avec prudence. Il contribue surtout à objectiver certains troubles.

L'électroencéphalogramme dans les traumatismes crâniens fermés et sa valeur en médecine légale, par M. André BALISEAU.

L'auteur a dépouillé mille observations et n'a retenu que 300 cas de traumatisme absolument certain. Une classification chronologique (temps écoulé depuis le traumatisme) et une classification descriptive sont combinées. Les syndromes subjectifs purs montrent en proportion très importante des tracés perturbés, mais il n'y a pas de corrélation absolue entre la gravité du dommage et le type du tracé. Le diagnostic précoce de l'épilepsie post-traumatique est possible.

Etude clinique, électroencéphalographique, ophtalmologique, oto-rhino-laryngologique et radiographique de 400 malades présentant le syndrome subjectif des traumatisés du crâne, par M. S. THIRY, M^{lle} WATILLON, MM. M. TINANT et J. WOUTERS.

Les cas étudiés comportent des commotions (61 %), des traumatismes fermés (29 %) et des traumatismes ouverts (9 %). Après avoir défini les syndromes cliniques et les divers types de tracés, les auteurs montrent par de nombreux graphiques les corrélations constatées entre les divers examens. Ils étudient l'évolution des différentes formes de tracé en tenant compte du temps écoulé, du type de traumatisme, de la durée du coma. Il n'y a pas de concordance constante entre les résultats de l'électro-encéphalogramme et ceux des autres examens. En aucun cas, l'électro-encéphalogramme ne permet de conclusion étiologique. Les perturbations observées permettent parfois une localisation mais elles n'ont rien de spécifique.

M. J. Wouters expose les résultats des examens oto-rhino-laryngologiques et conclut qu'il n'y a pas de relation certaine entre les divers troubles observés, ni entre ceux-ci et la gravité du traumatisme. Il ne croit pas à la réalité d'un tel syndrome évolutif après trois ans.

Mlle Watillon montre la valeur inégale des diverses recherches ophtalmologiques. Un rétrécissement concentrique du champ visuel a été trouvé dans 10 % des cas. Il est dû, comme l'altération des angioscotomes, à un trouble de sommation neuronale. La signification attribuée aux variations de la tension de l'artère centrale de la rétine appelle des réserves. Enfin, chez certains traumatisés graves, on peut ne trouver aucun trouble oculaire.

M. S. Thiry fait la synthèse de tous les faits apportés. Il rappelle l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces syndromes. Il insiste sur la fréquence des signes électro-encéphalographiques d'endormissement chez les traumatisés et il tente d'expliquer les divers syndromes subjectifs par des troubles du système réticulé à projection diffuse. Il discute l'influence de la constitution du sujet et des facteurs pathologiques.

Le tracé électro-encéphalographique est normal dans la moitié des cas environ, et la moitié des tracés perturbés redeviennent normaux trois à six mois après le traumatisme. La durée moyenne du syndrome est de 1 1/2 à 2 ans. Il faut éviter les décisions définitives au cours des trois premières années.

I. LÉVY.

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

PROBLÈMES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Médecine et monde moderne. L'écran des techniques entre le médecin et le malade, par Henri PÉQUIGNOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux (1 vol. in 8°, 164 pages. Les éditions de minuit, Paris 1953).

Analysant ce « colloque singulier » qu'est l'acte médical, l'auteur en étudie la nature actuelle, les servitudes techniques, les problèmes nouveaux ainsi posés. Il rappelle en premier lieu l'apparition progressive des écrans entre le médecin et le malade et ses conséquences : écran technique dans le diagnostic et dans le traitement (médecine curative et médecine préventive), écran administratif (hygiène et problèmes sociaux, coût de la médecine moderne), évolution et nécessité de la recherche en médecine.

Dans une deuxième partie, consacrée aux réactions psychologiques, M. Henri Péquignot montre que si les gestes sont restés les mêmes, les rapports entre médecin et malade ont changé.

A ces rapports nouveaux, les médecins sont, en réalité, mieux adaptés qu'ils ne s'en doutent. Revenir au colloque singulier est « un rêve ». L'intégration technique nouvelle y met obstacle. Les problèmes médicaux ne peuvent être isolés et la fuite dans le corporatisme risquerait d'être une attitude de défense aveugle. D'autres réactions tournées vers l'avenir, telles la spécialisation ou le rêve d'une technocratie, ne sont pas plus satisfaisantes. Cantonner l'activité médicale à des secteurs précis dont les limites ne cessent de se modifier est une « fuite en avant », spécialisation qui, d'ailleurs, va à l'encontre des intérêts du malade. Laisser le médecin « seul maître » selon certaines tendances technocratiques médicales ne manque ni de fondements scientifiques, ni de justifications morales et constituerait le pendant progressiste et techniciste de l'attitude corporatiste, mais il s'agit là d'une attitude technocratique décrite seulement dans des pamphlets, et repoussée par l'auteur.

Le malade a ses réactions propres dans un monde de la machine et de la technique où le métier d'homme est, lui aussi, devenu difficile. Il s'étonne

qu'on puisse décider de lui sans lui. Son désarroi moral a pour conséquence des attitudes de fuite : refuge dans la magie, syndicalisme et associations de malades, refus d'un certain paternalisme et répugnance aux rapports d'inégalité avec le médecin alors que cette inégalité est un fait indiscutable. D'où la nécessité d'éduquer le malade, de lui faire connaître le caractère objectif, expérimental, scientifique de la médecine, de « réinventer » la confiance. « On a trop longtemps recommandé au malade de croire au médecin, qui n'est qu'un homme ; il faudrait peut-être essayer de lui faire croire en la médecine, qui est une science et une technique. »

Quant aux réactions des pouvoirs publics, des différentes institutions ou autorités sociales, pour lesquels l'organisation médicale est d'abord un problème financier, elles résultent souvent d'une incompétence technique fréquente et qui les met alors à la merci de toutes les erreurs. Erreurs de causes multiples, imputables à la fois au manque d'ensemble des efforts des médecins, aux défauts d'optique de la Presse, aux particularismes géographiques ou professionnels. Les problèmes ne sont pas centralisés et, « celles que soient la valeur des hommes et leur bonne volonté, les pouvoirs publics sont, par leur structure même, incapables d'être les guides et les initiateurs dans la solution de ces problèmes ».

Interrogeant les perspectives d'avenir, M. Henri Péquignot tente d'établir les bases sur le passé et sur le présent. Assurément, il n'y aura pas plus d'âge d'or dans l'avenir qu'il n'y en eut dans le passé. Mais une régression est impossible ; le médecin ne saurait renoncer à celles des techniques actuelles, à ceux des moyens actuels de guérison qui ont fait leurs preuves. Des faits sont d'ailleurs encourageants, parmi lesquels les regroupements auxquels aboutissent les progrès de la spécialisation, la tendance simplificatrice des perfectionnements progressifs des acquisitions et des méthodes, l'extension du traitement à domicile, du « Home Care », sous l'influence de la plus grande fréquentation des hôpitaux auxquels la tendance actuelle est de réserver l'acte diagnostique et thérapeutique exigeant un personnel spécialisé et un outillage de très haute qualité, le développement enfin des sciences psychologiques. Ecouter le malade et renouer avec lui le « colloque singulier », utiliser ces phénomènes affectifs auxquels Freud a donné le nom de « transfert », éveiller chez le malade le désir de la guérison, l'aider à s'adapter aux situations, contribuent à recréer entre médecin et malade des liens qui ne sont « nouveaux » qu'en apparence. Le médecin de famille agissait-il, agit-il, autrement ? Regroupement de la spécialisation, simplification des acquisitions, renaissance du traitement à domicile, rôle affectif de conseiller n'aboutissent-ils pas à l'association du rôle traditionnel du médecin de famille et de la technique scientifique de la médecine moderne.

Sans doute y a-t-il quelques ombres au tableau. Quel tableau n'en comporte pas ? L'auteur rappelant que chaque transformation porte atteinte à des intérêts respectables, que chaque progrès amène un déséquilibre, signale quelques vices de fonctionnement de l'organisation médicale. La médecine de l'homme total nécessitant aujourd'hui des techniques nombreuses est devenue infiniment plus onéreuse que naguère. Et aussi pour les collectivités publiques. Les problèmes de la responsabilité, eux aussi, posent au médecin, à l'Etat, au malade, des questions complexes.

En conclusion de cette analyse, M. Henri Péquignot trace des lignes d'ac-

tion. Les collectivités publiques doivent avoir un programme d'ensemble : budget social de la nation, subvention à la recherche scientifique, équipement sanitaire. Les ressources propres du malade ne peuvent évidemment plus suffire mais leur contribution ne doit pas être complètement écartée ; les ressources des petites mutuelles ou des petites assurances privées ne peuvent avoir désormais qu'un rôle d'appoint assez limité ; mais si le budget « soins », le remboursement *a posteriori* des dépenses engagées pour les soins d'une « maladie réelle » incombe au système de sécurité sociale, le budget « investissements sanitaires » devra logiquement ressortir au budget de l'Etat. Dépenses de prévention et dépenses de traitement de maladie doivent être séparées, si artificielle que soit dans certains cas cette distinction. D'autres mesures destinées à l'éducation de la nation, à la préparation, dans l'enseignement du second degré, des futurs candidats à la médecine, à la réforme des études médicales sont encore envisagées par l'auteur, qui insiste en terminant sur le rôle éducateur du médecin, sur l'importance de l'organisation professionnelle des associations de médecins et sur le rôle possible de ces organisations sur l'opinion publique en se maintenant sur le plan d'une médecine moderne, efficace et psychologique.

L'auteur de ce livre de psychologie médico-sociale se garde d'ailleurs de jouer les prophètes. Mais l'analyse des problèmes posés par l'exercice de la médecine contemporaine, les conclusions qu'il en tire et les vœux qu'il exprime intéresseront non seulement tous les médecins, quelle que soit la forme de l'exercice de leur profession, mais aussi tous ceux que soucient un bon équilibre social et la place de la médecine dans la société moderne.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Troubles mentaux dans le climacterium. (Distúrbios mentais no climacterio), par J. Alves GARCIA (1 volume, 128 pages, Rio de Janeiro, pas d'indication de l'éditeur, 1953).

Les troubles mentaux de la phase climatérique doivent être étudiés dans les deux sexes. Mais, avant de les décrire, l'auteur étudie l'évolution du concept climacterium, qui s'entend ici sous la forme de grand climacterium, à distinguer de certains épisodes ou phénomènes voisins : ménopause, involution, sénilité. La phase climatérique féminine fait l'objet du deuxième chapitre avec ses stades successifs, ses signes gynécologiques, morphologiques, ses perturbations métaboliques et pluri-glandulaires, ses manifestations cardio-vasculaires, ses traits psychiques caractéristiques. Les divers éléments du climacterium masculin sont ensuite rappelés (chapitre trois) avec considération spéciale de ses fondements endocriniens. Sous le nom de cryptoclimacterium, l'auteur décrit, dans le quatrième chapitre, une forme particulière de l'involution survenant sans troubles fonctionnels, mais s'accompagnant des altérations morphologiques, anatomo-pathologiques et des symptômes hormonaux caractéristiques du climacterium. C'est en somme une crise occulte, masquée ou compensée. D'intéressantes remarques sont faites sur la fragilité différente suivant les types morphologiques. Avec le

cinquième chapitre commence l'étude des psychoses climatériques, l'auteur distingue mélancolie et excitation climatériques, états catatonimorphes, paranoïa involutionnelle de Kleist, états névrotiques climatériques donnant en exemples quelques observations personnelles. Les troubles de la psychosexualité du climacterium sont ensuite considérés (sixième chapitre), qu'ils traduisent un excès, une baisse ou une déviation des fonctions normales. Les éléments du diagnostic clinique et biologique, souvent délicat, font l'objet du chapitre suivant. Enfin, est envisagée (huitième chapitre) la thérapeutique qui peut aller des méthodes convulsivantes à la psychochirurgie en passant par les diverses opothérapies, à manier avec prudence, l'A.C.T.H. et la cortisone, le sérum de Bogomoletz, la psychothérapie toujours utile. L'auteur se montre peu partisan des irradiations de l'hypophyse. Enrichi de plusieurs observations personnelles, le livre se termine par une bibliographie de onze pages, classée par ordre alphabétique. Huit figures.

V.-J. DURAND.

THÉRAPEUTIQUE

L'électronarcose en psychiatrie. Résultats thérapeutiques. Indications, Accidents, par le Dr Jean-Pierre SCHNETZGER (1 brochure in 8°, 126 pages, Imprimerie Bière, Thèse, Bordeaux, 1954).

Après une revue des travaux antérieurs, l'auteur apporte 96 observations personnelles et passe en revue les résultats thérapeutiques obtenus par l'électronarcose, successivement dans les syndromes dysthymiques, les bouffées délirantes polymorphes des débiles, les délires chroniques, la schizophrénie, les psychonévroses, la confusion mentale et les psychoses puerpérales, l'épilepsie, certains états d'excitation chez des grands arriérés. De cette étude, il dégage les indications d'une méthode, parfois discutée, à laquelle il accorde une « valeur thérapeutique très réelle » qu'il considère comme « un complément précieux qui augmente la souplesse et l'efficacité de la gamme des traitements de choc », mais dont la technique délicate exige pour son application correcte beaucoup de temps et des précautions minutieuses. Ainsi pourront être évités des incidents et même des accidents dont la fréquence semble cependant moins grande que ceux observés au cours de l'électrochothérapie, les dangers moins apparents que ceux observés au cours de la cure de Sakel. L'épreuve du temps et des statistiques portant sur un plus grand nombre de cas permettront de décider de l'innocuité ou de la nocivité d'une méthode d'application encore relativement peu répandue. Toutefois, l'auteur conclut que l'étude des accidents provoqués par l'électronarcose ne permet pas de considérer cette thérapeutique comme dangereuse et qu'elle mériterait d'être expérimentée plus fréquemment.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE DE L'ENFANCE

Etude du développement psycho-moteur de la préhension volontaire chez le nourrisson, par H. BARUK, B. LEROY, LAUNAY et VALLANCIEN. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 20 janvier 1953).

Film mettant en évidence les étapes du développement psycho-moteur de la préhension chez le nourrisson : réflexe de préhension, puis décharges affectives motrices (période du désir isolé), puis tentatives incomplètes ou infructueuses vers l'objet, période de dysmétrie, et enfin, réalisation de la préhension volontaire complète qui ne s'établit que vers 7 mois 1/2 à 8 mois.

L. R.

Test « du redressement brusqué » et comportement psycho-neuro-musculaire de l'enfant, par Georges MOURIQUAND (de Lyon). (*La Presse médicale*, 1^{er} novembre 1952).

On peut donner le nom de « test de redressement brusqué » à un test s'inspirant de la manœuvre classique ordonnée aux myopathiques ou myélopathiques, ou sujets considérés comme tels, pour apprécier les différentes phases par lesquelles ils passent pour aller de la position étendue à la position debout et le temps mis pour y parvenir, suivant le degré de la dystrophie neuro-musculaire. Cette manœuvre s'exécute plus ou moins rapidement en passant par les diverses positions classiques, suivant l'importance de la dystrophie.

Depuis plusieurs années, les auteurs utilisent un « test » voisin en dehors des troubles ou lésions neuro-musculaires affirmés pour apprécier comment le système musculaire des enfants (supposé non pathologique) répond tout entier à la commande brusque du système nerveux.

Sans avoir une valeur absolue pour l'indication d'une certaine déficience (non pathologique, non lésionnelle) dans la « commande psycho-neuro-musculaire » de l'enfant, ce test du redressement brusqué semble pouvoir rendre des services au médecin (que, dans certains cas, il incitera à rechercher par le métabolisme basal et l'élévation de la chronaxie vestibulaire un certain degré de dysfonction endocrinienne, thyroïdienne surtout, facile à traiter) et à l'éducateur à qui il précisera l'état de mollesse physique (et parfois psychique) de son élève. A ce point de vue, l'étude de ce test pourrait être poursuivie au point de vue scolaire.

Des exercices appropriés (aidés d'opovitaminothérapie) permettront d'améliorer la commande psycho-neuro-musculaire au cas de déficience du test. Il peut en être de même, mais à un moindre degré, dans certains cas pathologiques, et au cours des longues convalescences.

L. R.

Quelques symptômes neuro-psychiques d'alerte dans le cas de la visite d'admission scolaire, par André P.-L. BELEY, MEYER et M^{me} DOURGUIN (d'Aix-en-Provence). (*Comptes rendus du 2^e Congrès international d'hygiène et de médecine scolaire*, Lyon, 9, 10, 11 et 12 juillet 1952).

Une vaste enquête, menée dans certains secteurs particulièrement denses des Bouches-du-Rhône, met en évidence des éléments intéressants au début de la désadaptation des enfants en milieu scolaire. En particulier, les auteurs insistent sur la valeur de certaines formes d'instabilité et de certains symptômes psycho-somatiques comme l'énurésie et les troubles du sommeil.

L. R.

Maladies mentales et inspection médicale scolaire, par J. DECHAUME (de Lyon). (*Comptes rendus du 2^e congrès international d'hygiène et de médecine scolaire*, Lyon 9, 10, 11 et 12 juillet 1952).

La recrudescence des névroses et des psychoses chez les élèves et même dans le personnel enseignant ne fait guère de doute, à en juger par les consultations et les hospitalisations. C'est un problème qui risque de devenir dramatique, si l'on n'y prend pas garde.

L. R.

Les troubles intellectuels de l'enfant, par R. BINOIS (*Maroc médical*, n° 327 août 1952, p. 664-667).

L'auteur étudie tout d'abord les principes essentiels des différents tests avant de montrer certains troubles intellectuels observables chez l'enfant. La conduite thérapeutique est souvent difficile à préciser. Cependant les moyens d'action sont variés, des produits médicamenteux à la psychothérapie et à la réadaptation.

V.-J. DURAND.

Sur la pédagogie des retardés, par KHOLER (de Lyon). (*Comptes rendus du 2^e Congrès international d'hygiène et de médecine scolaire*, Lyon, 9, 10, 11 12 juillet 1952).

L'auteur observe que, compte tenu des grands arriérés et des enfants déjà placés dans des centres spécialisés, 4 % des élèves de l'enseignement du premier degré ne profitent pas de cet enseignement. Se basant sur dix ans de travail dans le département du Rhône, l'auteur pense qu'un tiers seulement de ces enfants relève d'un placement extra-familial. Les autres devraient bénéficier de mesures scolaires particulières, telles que les classes de perfectionnement ou de rattrapage, dont l'effectif ne devrait pas dépasser vingt élèves. Dans le département du Rhône, les classes de perfectionnement devraient être six fois plus nombreuses qu'elles ne le sont actuellement.

L. R.

La voûte plantaire. Ses variations chez les enfants arriérés mentaux, par DEPREUX et FONTAINE (de Lille). (*Bull. de la Société française d'anthropologie de Paris*, séance du 21 février 1952).

La voûte plantaire des enfants arriérés mentaux est jusqu'à la puberté plus aplatie que normalement : elle présente, par rapport à la normale, un retard d'adaptation d'environ six ans, coïncidant avec le retard psycho-somatique. La tendance vers la normalisation ne s'effectue qu'au cours de la période postpubère, la puberté apparaissant comme un facteur déterminant dans le développement morphologique de ces enfants.

L. R.

Contribution au diagnostic différentiel entre l'arriération mentale et la schizophrénie infantile. Éléments apportés par l'évolution de l'enfant au sein de la classe de perfectionnement, par René FAU, B. ANDREY et LE MÈME (de Grenoble). (*Comptes rendus du 2^e Congrès international d'hygiène et de médecine scolaire*, Lyon, 9, 10, 11 et 12 juillet 1952).

Les difficultés de diagnostic entre débilité et schizophrénie sont évidents dans le cadre des classes de perfectionnement. Une longue observation est indispensable pour faire un diagnostic exempt d'erreurs.

L. R.

Idiotie amaurotique de Tay-Sachs, par Robert CLÉMENT, J. GRUNER, P. RAMEIX et J. BRETAGNE (de Paris). (*La Presse médicale*, 25 février 1953).

Chez un nourrisson, premier-né de parents israélites d'Europe centrale, jusque-là normal, se sont développés, à partir de huit mois, un syndrome d'arriération psychique avec hypertonie musculaire permanente et crises paroxystiques et une cécité progressive par atrophie optique avec macula blanchâtre centrée par une tache rouge cerise.

L'étude anatomique complète de ce nouveau cas d'idiotie amaurotique de Tay-Sachs a montré des lésions uniquement localisées sur les cellules nerveuses, à l'exception d'une atteinte modérée et partiellement secondaire de la macroglie. Le processus dégénératif (gonflement du cytoplasme tel que le corps cellulaire est augmenté de volume quatre à huit fois) touche de façon diffuse les éléments neuro-ganglionnaires centraux et périphériques ; cependant, gliofibrillose plus marquée des voies optiques de thalamus, du système pontocérébelleux, images d'atrophie « cérébellipète » du cortex cérébelleux, témoignant d'une systématisation relative rapprochant ce cas précoce des formes plus tardives d'idiotie amaurotique.

La dégénérescence « utriculaire » est liée à une énorme surcharge du cytoplasme par un glucolipide, isolé et dénommé par Klenk « acide neuraminique » ou « ganglioside », constituant normal du système nerveux. La qualité de la substance de surcharge, le fait que les cellules spumeuses sont toutes des cellules nobles du névraxe et non des histiocytes, l'intégrité du système réticulo-endothélial, l'absence de surcharge lipidique du foie, de la rate et des autres viscères, le taux normal des lipides du sang séparent nettement l'idiotie amaurotique de Tay-Sachs des maladies de Niemann-Pick et de Gaucher.

L. R.

Du facteur génétique du mongolisme. (Do fator genetico do mongoloidismo). par Paul BRIQUET Junior (de Rio de Janeiro). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, 1952, vol. 1, n° 16, p. 388-397).

De nombreuses conceptions étiopathogéniques ont été proposées pour le mongolisme : par exemple, épuisement maternel, épuisement ovarien. En ce qui concerne les fondements génétiques, l'étude des jumeaux est très intéressante, mais on ne peut conclure pour un type récessif ou dominant, car des facteurs extragénétiques peuvent intervenir pendant la grossesse. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

« Dreamy states » chez les enfants avec éloignement et rapprochement apparent des objets. (Dreamy states in children with apparent recession and approach of objects), par E. WELLISH (de Bexley/heath). (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 25, n° 2-3, 1952, p. 135-147).

L'auteur rapporte quatre observations chez l'enfant de « dreamy states » de Jackson avec altérations des perceptions consistant en impressions d'éloignement et de rapprochement des objets et des personnes. Le premier cas est étudié particulièrement à fond avec épreuve de Rorschach et examen psychologique. L'auteur discute la pathogénie de ce phénomène. L'épilepsie a paru à incriminer dans deux cas. Les deux autres sont douteux. La signification psychopathologique de ces manifestations est envisagée. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

A propos d'une épilepsie familiale, par Léon MICHAUX, M. FANDRE et M^{lle} J. TEYSSEYRE. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 20 janvier 1953).

Observation d'une famille de six enfants dont quatre présentent des manifestations épileptiques variées et souvent associées. Les six enfants ont un électro-encéphalogramme de type comitial. Hérité alcooolique dans la lignée paternelle. Deux cas d'épilepsie lointaine du côté maternel. Les auteurs soulignent l'intrication des facteurs épileptiques acquis et congénitaux, que ceux-ci consistent en hérédité similaire ou en toxi-infection des ascendants.

L. R.

Test de Rorschach et examen électro-encéphalographique chez l'enfant dans des cas limités d'épilepsie, par Z. HELMAN. (*Enfance*, septembre-octobre 1953).

L'examen porte sur des enfants de la consultation neuro-chirurgicale de Sainte-Anne et de celle du professeur Henri Wallon au laboratoire de psychobiologie de l'enfant. Chez une grande partie des enfants, l'épilepsie n'est pas nette, il y a des convulsions dans la petite enfance, de l'impulsivité, de la viscosité. On trouve un Rorschach de type épileptoïde (méthode de Mme Fr. Minkowska) et un électro-encéphalogramme suggestif d'épilepsie. On refait ces examens à diverses reprises. L'auteur rapporte plusieurs observations allant de cas très proches d'une épilepsie nette à des cas peu nets. Le Rors-

chach constitue un auxiliaire de la clinique, l'électro-encéphalogramme sert à objectiver l'épilepsie. Mais l'auteur n'oublie pas le fait déjà signalé par Gibbs en 1940, de tracés de type comitial chez des sujets indemnes d'épilepsie!

D. JOYEUX-QUERCY.

Psychodiagnostic de Rorschach et énurésie, par M. SCHACHTER et M^{lle} S. CORTE. (*Archives internationales de neurologie*, 69^e année, n° 7, juillet-août 1950, p. 115-124 et n° 8, septembre-octobre 1950, p. 125-133).

L'application du test de Rorschach à 70 enfants de 6 à 15 ans (51 garçons, 19 filles), atteints d'énurésie, a donné les principaux résultats suivants : nombre moyen de réponses : 24 (normal) ; $G = 3$, $G/D = 1,5/8$; $G/Dd = 3/2$; types de perception les plus fréquents : G-D-Dd et G-D-Dd-Dbl ; $F\% = 64$; formule égocentrique extratensive dans 71,42 % des cas ; aucune réponse anatomique ; 5 refus. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'énurésie, par R. LACASSIE. (*La Presse médicale*, 17 décembre 1952).

L'anomalie capitale de l'énurésie est la répétition vésicale nocturne accrélérée ; que le sphincter cède devient donc fatal et accessoire. L'énurésie se constitue dans les six premiers mois de la vie, alors que, s'il y a bien excrétion, il n'y a pratiquement pas de sécrétion urinaire. Les énurésies dites tardives ne sont que la reviviscence de cette énurésie initiale, inaperçue ou transitoirement disparue.

L'auteur distingue deux formes étiologiques d'énurésie : a) par encéphalite à prédominance hypothalamo-hypophysaire, poly-symptomatiques, le plus souvent d'origine infectieuse ; b) par compétition entre les réflexes conditionnels ontogéniques de diurèse et les nécessités de dépuration urinaire provoquées par une alimentation défectueuse, opposant un obstacle invincible et durable au fonctionnement normal de la mécanique végétative et empêchant ces réflexes d'établir leur emprise d'encéphalique physiologique. Ainsi se forment les énurésies mono-symptomatiques, dites essentielles, maladie de civilisation.

L'énurésie, ou inversion du rythme nycthémeral urinaire, peut être guérie avant le sixième mois de la vie ; au delà de cet âge, elle reste définitive. Elle peut disparaître, peut-être sous l'influence d'allergènes multiples pendant une durée parfois fort longue, mais sa récurrence durable ou fugace paraît fatale.

L. R.

Sur la signification des interprétations de blanc dans le réactif de Rorschach chez 111 enfants d'âge scolaire. (Sul significato delle interpretazioni di bianco nel reattivo di Rorschach in 111 fanciulli d'età scolastica), par Amleto Bassi (de Bari). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 6, n° 3, mai-juin 1952, p. 228-251).

D'une minutieuse étude chez 111 enfants d'âge scolaire, utilisant les cinq planches donnant le plus de réponses de blanc intercalaire et une batterie de trois réactifs spécialement imaginés pour vérifier des attitudes d'oppo-

sition au monde extérieur, l'auteur conclut que, dans les premières années de l'âge scolaire, les formes normales de comportement d'opposition de l'enfant, à l'égard du milieu, ne trouvent pas d'expression dans les réponses de blanc. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Note sur un « symptôme » rorschachien nouveau trahissant l'existence de troubles caractériels. (Agressivité, turbulence, méchanceté) chez l'enfant d'âge scolaire, par M. SCHACHTER (de Marseille). (*Archives internationales de neurologie*, 69^e année, n° 5, mai 1950, p. 86-88).

En l'absence de stigmates classiques traduisant dans le test de Rorschach l'existence de l'agressivité, le fait de donner plus d'un tiers des réponses en position para des planches (renversée) constitue, pour l'auteur, un signe évocateur du diagnostic d'agressivité chez l'enfant. Quatre exemples sont rapportés.

V.-J. DURAND.

L'angoisse et l'agressivité chez l'enfant, par M^{me} H. MICHEL-LAURIAT (de Rabat). (*Maroc médical*, n° 327, août 1952, p. 674-680).

L'auteur rappelle les conditions d'apparition chez le jeune enfant de l'anxiété et des réactions d'hostilité et d'agressivité. A leur propos, sont retracés les divers stades de développement décrits par Freud, le rôle du milieu familial avec formation du complexe d'Œdipe et de la crainte de mutilation. Des conseils d'hygiène mentale sont donnés en ce qui concerne l'attitude des parents.

V.-J. DURAND.

Complexes d'infériorité chez les enfants difficiles, faibles d'esprit et déficients. (Minderwertigkeits gefühle bei schwererziehbaren, geistesschwachen und mindersinnigen Kindern), par Hans BRÜGGER. (*Pro infirmis*, Zürich, n° 5, 1^{er} novembre 1952, p. 142-147).

Parmi les principaux facteurs d'apparition des complexes d'infériorité, on peut citer : les déficiences organiques, les anomalies psychiques, l'éducation mal dirigée, les conditions sociales défavorables. Toutes ces causes entraînent des conséquences fâcheuses contre lesquelles il est nécessaire de lutter précocement par des méthodes appropriées.

V.-J. DURAND.

L'enfant caractériel parmi ses frères et sœurs, par J. DESCOMBEY et G. ROQUEBRUNE. (*Enfance*, septembre-octobre 1953).

Reprenant les 2.600 dossiers des enfants examinés à la consultation du professeur Henri Wallon, l'auteur fut amené à examiner les questions relatives au rôle des frères et sœurs sur l'enfant caractériel.

Après avoir éliminé les enfants dont le quotient intellectuel est inférieur à 90 et les cas exclusivement neurologiques, il reste 502 garçons et 183 filles. L'auteur étudie successivement le nombre d'enfants de chaque famille, le rang de l'enfant caractériel dans sa famille, le sexe de celui qui précède et

de celui qui suit l'enfant examiné, la différence d'âge entre le sujet et l'enfant qui le précède et celui qui le suit immédiatement.

Dans une deuxième partie de son exposé, l'auteur reprend cette étude d'une façon beaucoup plus précise, examinant successivement toutes les familles de deux, trois, quatre enfants et plus.

D. JOYEUX-QUERCY.

Problème du débile caractériel au sein de la classe de perfectionnement, par René FAU, B. ANDREY et LE MÊME (de Grenoble). (*Compte rendu du 2^e Congrès international d'hygiène et de médecine scolaire*, Lyon, 9, 10, 11 et 12 juillet 1952).

Les auteurs soulignent l'intérêt d'un « dosage » des débilés présentant des troubles du caractère. A partir d'un certain nombre, et suivant le type de manifestations anti-sociales présentées, ces individualités interdisent toute action pédagogique sur le reste de l'effectif.

L. R.

Les troubles caractériels de la puberté, par ASSAILLY, (*Archives internationales de neurologie*, avril 1950, p. 53-64).

Considérant, dans l'ensemble, le caractère, comme le mode de réaction de l'individu à l'ambiance, l'auteur décrit les troubles qui peuvent s'observer chez l'adolescent. Il faut chez le garçon distinguer une phase critique (12 à 15-16 ans), hypophyso-thyroïdienne, pendant laquelle la pensée affective essaye de s'affirmer, une phase génitale ou d'harmonisation (de 15-16 à 17-18 ans), avec éveil de la libido, une phase de stabilisation vers 17-18 ans, époque fréquente du début de la schizophrénie. Chez la jeune fille, les trois stades se voient respectivement de 11 à 13 ans, de 13 à 15 ans, de 15 à 17 ans. Les principaux troubles possibles sont rappelés.

V.-J. DURAND.

Troubles caractériels consécutifs à une méningite tuberculeuse guérie, par M. SCHACHTER (de Marseille). (*Archives internationales de neurologie*, n° 6, juin 1952, p. 100-105).

Après avoir rappelé les séquelles neuro-endocriniennes et psychiques observées après la guérison des méningites tuberculeuses, l'auteur rapporte le cas d'une fillette de 5 ans 9 mois, qui présente des troubles caractériels sans atteinte intellectuelle. On peut invoquer dans le cas présent le rôle joué par la surdité acquise et par le comportement anxieux de la mère avec attitude de protection exagérée.

V.-J. DURAND.

Réflexions pédagogiques sur l'enfant ingrat, par C. FRANCOIS. (*Enfance*, mars-avril 1953).

L'auteur étudie d'abord la psychologie du donneur (puissant) et du preneur (faible). Dans les relations entre enfants, c'est le couple desposte-esclave; cependant, les rôles peuvent se renverser à tout instant, le preneur rendant un cadeau par reconnaissance. Entre l'enfant et l'adulte, c'est tout différent,

l'adulte est seul à donner et l'on exige peu de l'enfant jusqu'à 10 ans. C'est entre l'adulte et l'adolescent que l'ingratitude apparaît ; l'auteur nous donne un grand nombre d'exemples de réactions de « non-reconnaissance » dues au fait que l'adolescent ne veut pas reconnaître son infériorité vis-à-vis de l'adulte. Pour remédier à cet état de choses, il faut beaucoup de doigté de la part du donneur et possibilité pour le receveur de donner à son tour. Cependant, dans les relations entre adultes, si les contradictions donneur-preneur n'ont pas été surmontées, on retrouvera les manifestations d'ingratitude.

D. JOYEUX-QUERCY.

Sur l'éducation des enfants difficiles. (Über Schwererziehbarkeit), par M. TRAMER. (*Pro Infirmis* Zürich, n° 5, 1^{er} novembre 1952, p. 133-136).

L'éducation des enfants difficiles est un problème particulièrement délicat nécessitant tout d'abord, non seulement une connaissance précise des troubles présentés par l'enfant, mais encore une exacte appréciation des perturbations apportées par le milieu familial, en particulier par la mère, au comportement souvent anormal.

V.-J. DURAND.

L'enfance du clochard, par Alexandre VESCHIARD. (*Enfance*, janvier-février 1953).

Cette étude porte sur les vagabonds adultes en France au milieu de ce siècle. On ne trouve pas dans leur enfance des faits significatifs (fugues, délits...) pouvant annoncer le vagabondage. Les éléments que l'on trouve fréquemment (éducation trop sévère ou négligée...) se retrouvent également dans l'enfance de ceux qui auront évolué vers la délinquance ou les névroses. Il en résulte, soit qu'il n'y a rien de spécifique dans le comportement du clochard ou la psychogénèse du vagabondage, soit qu'il n'y a pas de rapport entre l'enfance du vagabond et la psychogénèse de ce même vagabond adulte. L'auteur écarte une hypothèse : l'instinct du vagabondage, ce dernier n'apparaissant guère avant 35 ans. Il oppose le clochard adulte, qui ne fait que s'adapter sous une forme dégradée, avec l'enfant vagabond qui est un révolté. L'auteur termine par une remarque : « Pas plus que l'enfant n'est un petit adulte, l'adulte n'est un grand enfant » ; « le problème des caractères spécifiques de la maturation demeure en grande partie ouvert ». (Bibliographie).

D. JOYEUX-QUERCY.

L'enfance dans le souvenir de l'adulte, par E. STERN (de Paris). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 13^e année, fasc. 4, août 1952, p. 372-393).

Les souvenirs d'enfance de 330 malades adultes ont été étudiés. De 20 à 25 % des sujets ont déclaré avoir eu une enfance heureuse, 10 à 12 % une enfance « dure », mais non malheureuse, 55 à 60 % une enfance plus ou moins malheureuse, les autres n'ont pas donné de renseignements précis. La plupart des souvenirs concernent les relations avec les parents. La grande importance de l'enfance pour la vie de l'individu est bien montrée. De nombreux exemples sont cités.

V.-J. DURAND.

Interprétation psychologique et médicale des dessins infantiles. (Interpretazione psicologica e medica dei disegni infantili), par Renato BERTICA-GIOVANINI. (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 3, mai-juin 1952, p. 430-438).

L'auteur ébauche un tableau synthétique de révision des méthodes et des systèmes qui essaient de déterminer : degré d'intelligence, caractère, moralité, état de santé physiologique des enfants, au moyen de l'étude et de l'interprétation de leurs dessins.

V.-J. DURAND.

Le test de personnages, par Renée STORA (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 1953, n° 2, p. 219-31).

L'auteur expose la technique de ce test, qui se compose de 84 petits jouets représentant des personnages et des animaux variés, en plomb et en laine. Le sujet est invité à bâtir une histoire « qui mette en rapport tous les personnages » en arrangeant ceux-ci comme il l'entend. Le test est applicable aux adultes aussi bien qu'aux enfants. La façon dont le sujet organise ce monde en jouant permet de faire une observation de son comportement réel, en même temps, dit l'auteur, qu'un diagnostic en profondeur de ses conflits personnels, familiaux et sociaux. En effet, le comportement du sujet devant le matériel du test d'une part et le contenu de l'histoire qu'il invente, d'autre part, peuvent donner de nombreux renseignements.

De plus, cette technique aurait un certain effet thérapeutique grâce aux décharges affectives qu'elle provoque.

L'auteur cite un cas dans lequel ce test lui a permis de faire un bon diagnostic et de donner des conseils pédagogiques efficaces. Il serait intéressant d'en connaître d'autres exemples.

M. GLUGE.

Le jeu de guignol, technique de psychothérapie infantile, par Madeleine RAMBERT. (*Pro Infirmis*, Zürich, n° 5, 1^{er} novembre 1952, p. 148-153).

L'emploi du jeu de guignol chez l'enfant, après examen psychologique de celui-ci, peut permettre une investigation profonde du psychisme infantile et une psychothérapie de grande valeur. On doit utiliser cette méthode parallèlement à d'autres procédés. Elle raccourcit parfois beaucoup le traitement par le dynamisme qu'elle déclenche, mais nécessite des précautions spéciales.

V.-J. DURAND.

La privation de soins maternels, par IGERT. (*Maroc médical*, n° 327, août 1952, p. 661-664).

Comme l'ont montré des études sur les enfants placés dans des hôpitaux, des institutions ou des foyers nourriciers, sur la première enfance d'individus atteints de troubles mentaux, et l'observation de groupes d'enfants ayant souffert de carence maternelle, l'union affective intime et constante avec la mère est un besoin essentiel du jeune enfant. Son absence peut entraîner de graves désordres psychiques et même physiques.

V.-J. DURAND.

Quelques aspects de l'adolescence, par C.-A. PIERSON (de Casablanca). (*Maroc médical*, n° 327, août 1952, p. 680-691).

Retraçant les étapes du développement de l'enfant, l'auteur s'étend sur certaines modalités psychiques et endocriniennes de l'adolescence. De la multiplicité des aspects, il retient surtout : l'indécision, la prépondérance de la sensibilité, l'intériorisation, la générosité et l'enthousiasme. Au cours de l'exposé sont donnés de nombreux conseils d'hygiène mentale et de pédagogie.

V.-J. DURAND.

Le Thematic Apperception Test appliqué à des adolescentes névrotiques et normales (The thematic apperception test applied to neurotic and normal adolescent girls), par June St H. CARLILE. (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 25, n° 4, 1952, p. 244-248).

Le Thematic Apperception Test fut appliqué à 60 jeunes filles : 30 considérées comme névrotiques par un psychiatre, et 30 tenues, comme normalement adaptées, par leurs professeurs. Les différences dans les scores sont rapportées, parfois assez réduites. Bien que la méthode de Murray exige beaucoup de temps, l'auteur recommande de ne pas se contenter d'une utilisation partielle, limitée à quelques planches.

V.-J. DURAND.

Evolution socio-morale de l'adolescent, par J. BURSTIN. (*Enfance*, mars-avril 1953).

On propose à des enfants de 8 à 16 ans 1/2 un questionnaire : Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous à votre famille, à vous, autour de vous, à l'école, à la société ?

L'auteur distingue quatre stades : un au-dessous de 13 ans et trois après jusqu'à 16 ans 1/2 environ correspondant au début, au milieu et à la fin de la puberté. En effet, les réponses d'abord ludiques, féériques mais aussi réalistes et fixées à l'enfant et à l'entourage immédiat, vont peu à peu abandonner l'élément de jeu et l'extraordinaire pour ne plus être que réalistes ; le cercle va s'agrandir et englober progressivement la société, mais auparavant il y aura eu l'importante prise de conscience de la propre personnalité de l'adolescent et la lutte entre son désir de perfection et le réel. Peu à peu, l'équilibre se fera, permettant l'intégration du sujet dans la société. Cet équilibre est encore précaire et est disloqué par les agressions (schizophrénie)... L'auteur l'a déjà constaté dans un précédent article (*Annales médico-psychologiques*, juillet-octobre 1951).

D. JOYEUX-QUERCY.

La maturation de l'enfant à la vie sociale. (La maturazione del fanciullo alla vita sociale), par Giacomo LORENZINI (de Turin). (*Revista da Universidade Catolica de São-Paulo*, vol. 1, fasc. 2, avril 1952, p. 3-16).

Traçant l'évolution et le développement des sentiments sociaux chez l'enfant, l'auteur insiste sur l'importance de l'amour filial dans cette maturation.

Un stade ultérieur est celui de la société des camarades et des compagnons. Pour l'épanouissement de l'adulte, la formation de l'esprit de sociabilité se présente comme un facteur essentiel aux points de vue psychologique et éthique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Étude sur le devenir d'enfants qui ont présenté des désordres du comportement et qui ont été atteints de chorée de Sydenham, par W. R. KEELER et L. BENDER. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 6, décembre 1952, p. 421).

L'étude porte sur 20 sujets, 12 garçons et 8 filles, qui avaient été hospitalisés durant leur enfance pour des troubles du comportement. Onze d'entre eux avaient été atteints de chorée de Sydenham. Ces sujets sont âgés maintenant de 22 à 31 ans. Du point de vue social, trois seulement parmi eux se conduisirent normalement ; cinq, parmi ceux qui avaient été atteints de chorée, firent plusieurs séjours dans les hôpitaux psychiatriques. La plupart furent placés dans des institutions spéciales pour leur instruction mais sans résultat ; leur niveau intellectuel continua progressivement à baisser. A noter que deux sujets parmi les filles se marièrent et se conduisirent normalement. Deux sujets moururent de rhumatisme cardiaque plusieurs années après avoir quitté l'hôpital. La constatation de symptômes neurologiques chez la plupart de ces sujets indiquait que la maladie cérébrale cause de la chorée avait continué à progresser. Chez deux malades, le diagnostic de démence précoce fut posé ; chez un autre, on nota des crises convulsives. Treize sujets avaient été traités par la pyrétothérapie ; on avait noté chez eux une amélioration de la chorée et momentanément du comportement ; mais plus tard, sept parmi eux eurent un comportement social très mauvais.

L. MARCHAND.

Sur la schizophrénie prépubérale. Contribution clinique. (Sulla schizofrenia prepuberale. Contributo clinico), par G.-B. GIORDANO (de Lucques). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 6, n° 4, juillet-août 1952, p. 304-321).

L'auteur présente un cas de schizophrénie infantile chez un garçon de 15 ans. A propos de cette observation, sont rappelés les éléments diagnostiques avec la démence de Heller. Une intéressante étude est faite du comportement du malade avant le début des troubles, suivie d'une comparaison avec la symptomatologie morbide.

V.-J. DURAND.

Test projectif d'intérêts vocationnels, par F. BEMELMANS. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. XII, n° 4, 1953).

Test projectif destiné à mettre en évidence des tendances professionnelles. Il est demandé au sujet d'identifier l'activité exercée par des personnes représentées sur des images et d'évaluer de un à dix points chacune de ces activités selon ses préférences. Représentés sous forme de profil, les résultats de ce test permettraient de juger des tendances innées du sujet. L'auteur a

obtenu ainsi de meilleurs résultats qu'avec les questionnaires. Etablie par lui sur un groupe de garçons de 13 ans réexaminés au bout d'un an, la constance a été trouvée bonne, les coefficients de stabilité s'élevant suivant les diverses tendances à une moyenne de 0,75 (de 0,55 à 0,90).

L. R.

La cristallisation de l'illusion professionnelle, par P. NAVILLE. (*Journal de psychologie*, n° 3, 1953, p. 316-48).

Il est important, au point de vue de la formation du moi social, de savoir la représentation que les jeunes se font du métier qu'ils veulent exercer. La constitution des « illusions professionnelles » doit s'étudier en fonction des caractéristiques biologiques et sociales de l'individu.

L'auteur a fait une première recherche, sur un échantillon de 23 garçons de 13 à 14 ans, en milieu scolaire, dans une région ouvrière. Les résultats suivants en ressortent.

C'est le métier du père — et non celui de la mère, quand elle en a un — qui exerce son prestige sur l'enfant.

L'enfant est la proie d'une vive imagination et le travail professionnel lui apparaît souvent comme une évasion agréable de sa vie scolaire. Aussi n'envisage-t-il pas avec exactitude ses inconvénients d'ordre physique (la fatigue), sa technique (le processus de fabrication), son rythme (il souhaite surtout qu'il ne soit pas monotone), son cadre (il ne se représente pas une grande usine, mais de petits ateliers). Le gain lui apparaît comme un moyen d'affirmer son indépendance. Le désir de liberté et de puissance (il veut devenir patron) constitue l'élément principal de cette illusion professionnelle.

L'auteur propose de compléter les techniques psychologiques qui déterminent actuellement les aptitudes et les goûts professionnels des enfants.

M. GLUGE.

Significations principales du tremblement chez l'enfant. Importance de sa recherche, par A. BELEY. (*Enfance*, janvier-février 1953).

Sur 240 enfants venus à la consultation d'hygiène mentale, l'auteur note 33 tremblements. Etant donné ce chiffre relativement important, il insiste sur la recherche du tremblement au cours de l'examen physique qui doit, pour lui, précéder l'interrogatoire psychiatrique. Le tremblement peut être constaté par la simple observation, sinon il faut le faire apparaître par la manœuvre du serment, doigts écartés, ou par la mise en tension du corps entier en équilibre instable, enfin par le maniement des cubes de Kohs. Il distingue le tremblement émotif, le tremblement encéphalitique, le tremblement thyroïdien, chacun avec leurs caractéristiques. Sur les 33 trembleurs examinés, il y avait 14 tremblements organogénétiques (encéphalitiques, cérébelleux), 15 tremblements psychogènes, 4 tremblements d'origine endocrinienne.

La plupart de ces enfants avaient été étiquetés « instables ».

D. JOYEUX-QUERCY.

L'électro-encéphalographie au cours des toxicoses de l'enfant. Confrontation clinique, électro-encéphalographique et anatomique, par J. CHAPTAL, P. PASSOUANT, H. LATOUR, R. JEAN et R. LOUBATIÈRES (avec l'assistance de M. J. CADILHAC et de M^{lles} Cl. BÉCHARD et D. ALRAM). (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 23 mai 1952).

Fondée sur l'examen de 140 tracés électro-encéphalographiques enregistrés au cours de l'évolution de 50 toxicoses du nourrisson, cette étude a permis d'aboutir aux constatations suivantes : a) il existe chez le nourrisson un électro-encéphalogramme normal observé chez l'enfant sain, qui a été retrouvé — après guérison — chez l'enfant malade ; b) au cours des toxicoses, le tracé est perturbé dans 77 % des cas : dans le premier groupe, tracés lents, à expression synchrone continue ou discontinue, qui paraît exprimer un dysfonctionnement des formations de la base ; dans le deuxième groupe, activité lente, irrégulière, extériorisant une souffrance hémisphérique ; dans un troisième groupe, tracé normal (23 % des cas) ; c) il semble légitime d'avancer que le premier groupe répond aux toxicoses par diencéphalite fonctionnelle ou lésionnelle ; les deuxième et troisième groupes aux toxicoses par déshydratation, les troubles digestifs étant primitifs ou réflexes ; d) dans neuf cas, d'évolution mortelle, l'enregistrement électro-encéphalographique était comparable aux tracés du premier groupe. Il existait une arachnoidite basale, des lésions vasculaires, infiltrations et dégénération des formations de l'hypothalamus, du plancher du III^e ventricule et de la région péri-épendymaire du tronc cérébral. Chez les autres malades, normalisation électrique et guérison clinique furent obtenues en général simultanément.

L. R.

Sur la déclaration éventuelle des toxicoses des jeunes enfants, par J. CATHALA. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 27 avril 1954).

M. J. Cathala, rapporteur, au nom de la commission de l'enfance, propose à l'Académie d'adopter les conclusions suivantes.

« 1^o Les toxicoses des enfants du premier âge ne sont pas des maladies autonomes, mais des syndromes relevant d'une étiologie très diverse, appartenant aux différents chapitres de la pathologie aseptique et de la pathologie infectieuse.

« 2^o Seules les toxicoses manifestement ou probablement infectieuses doivent être soumises à la déclaration qui devient d'autant plus nécessaire qu'il s'agit de toxicoses épidémiques ou de toxicoses révélant des foyers endémiques.

« 3^o La déclaration des toxicoses infectieuses n'est pas demandée aux médecins traitants dans leur pratique privée.

« 4^o La déclaration des toxicoses infectieuses des nourrissons par les médecins responsables des collectivités où ces enfants sont hébergés de jour et de nuit (hôpitaux, cliniques médicales privées, pouponnières, maisons maternelles, maternités) est obligatoire.

« Les syndromes de déséquilibre neurotoxique qui ne seraient pas d'origine infectieuse, ne sont pas astreints à la déclaration. »

Ces conclusions sont adoptées.

L. R.

Encéphalopathie dysmorphique : effet somatotrope dissocié, par A. PUECH, Ch. COMBIER, A. PAGÈS et A. MIMRAN. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 27 juin 1952).

Histoire de deux frères jumeaux de 16 ans présentant des signes cliniques, morphographiques et biologiques d'hypersécrétion somatotrope, mais dont l'un, atteint d'encéphalopathie, infantile, a localisé l'effet de l'hormone au tronc et aux membres supérieurs. Il en résulte une dissociation curieuse, les membres inférieurs restant atrophiques, alors que le reste du corps offre un aspect de gigantisme surtout acral (taille du sujet : 1 m. 66 ; envergure : 2 m. 08). Les auteurs insistent sur le caractère exceptionnel de ce trouble de la réceptivité, qui ne tient pas seulement à la soudure des cartilages de conjugaison des membres inférieurs, puisque leur squelette ne présente pas non plus d'accroissement en largeur.

L. R.

Abcès du lobe temporal droit à début encéphalitique et à symptomatologie psychiatrique, par J. MARIE, C. KOUPEERNIK, J. SALET, J. LEPINTRE et J. HAZARD. (*Bull. de la Société de Pédiatrie*, séance du 16 décembre 1952).

Chez une fillette de 8 ans, début par coma avec état de mal subintrait et fièvre à 39°. Rétrocession rapide du syndrome infectieux sous l'influence de la streptomycine. Phase de confusion mentale pseudo-démentielle. Tracé généralement perturbé à l'électro-encéphalogramme. Puis localisation électrique droite et à l'encéphalographie gazeuse, déplacement du système ventriculaire. Opération, guérison.

L. R.

La sclérose en plaques chez l'enfant, par M. BONDUELLE, P. BOUYGUES et SALLOU. (*La Presse médicale de Paris*, 14 avril 1954).

La sclérose en plaques est rare chez l'enfant sinon exceptionnelle ; tout au moins sous l'aspect de la forme classique à évolution chronique telle qu'on l'observe chez l'adulte. Les quelques observations anatomo-cliniques qu'on en possède suffiraient cependant à en affirmer la réalité. Les auteurs rapportent l'observation schématique d'une sclérose en plaques évoluant depuis douze ans et dont la première poussée eut lieu à l'âge de 7 ans.

Des observations de sclérose en plaques chez l'enfant sont discutables et appartiennent vraisemblablement à d'autres affections : syphilis héréditaire, hérédo-ataxie cérébelleuse, leucoencéphalites.

Les « encéphalites disséminées aiguës » posent le problème de leur identité éventuelle avec la sclérose en plaques. Ce problème de la conception nosologique des leucoencéphalites et des limites de la sclérose en plaques, le critère histologique reste impuissant à le résoudre. Il est nécessaire de le limiter, chez l'enfant, à l'étude des formes chroniques, rares, sans que les statistiques puissent permettre d'en fixer le pourcentage exact.

L. R.

L'ataxie cérébelleuse aiguë curable de l'enfant, par S. THIEFFRY, M^{me} P. MARTIN et M. ARTHUIS. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 22 avril 1952).

Huit observations d'ataxie cérébelleuse aiguë typique survenue chez des enfants âgés de 16 mois à 4 ans. Début brusque, parfois brutal. L'hypotonie musculaire est un signe de grande valeur. Marche ébrieuse. Ni parésie, ni troubles sensitifs. Réflexes normaux, sauf dans un cas où ils étaient abolis aux membres inférieurs. Liquide céphalo-rachidien normal, sauf dans un cas où l'albumine était augmentée.

Le pronostic d'une telle ataxie est bénin. La guérison, sans séquelles, parfois très rapide, peut se produire en quelques jours. Dans le cas de plus longue durée, elle a demandé deux mois.

L. R.

Syphilis juvénile irréductible. Apparition de tabès et d'ostéites au cours des traitements, par J. WEILL. (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 13 novembre 1952).

Jeune fille de 17 ans dont la syphilis purement sérologique fut découverte six ans plus tôt sur la notion de l'infection paternelle. Malgré des traitements répétés, se développent des ostéites et un tabès fruste, actuellement fixé. La sérologie demeure positive avec Nelson 100 %. Ce cas pose la question de la transmission paternelle de la syphilis, la mère ayant des réactions négatives, et le problème thérapeutique d'une sérologie irréductible.

L. R.

Tabo-paralysie générale infantile avec troubles du métabolisme phosphocalcique. Amélioration franche par le traitement, par A. AIMES, R. LAFON, J.-L. FAURE et J. MINVIELLE. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 28 mars 1952).

Avec un recul de trois ans, observation de tabo-paralysie générale congénitale révélée par des fractures pathologiques, des troubles sphinctériens et des crises gastriques. La constatation de spasmophilie, d'anomalies électro-encéphalographiques et de dérèglement phosphocalcique (hypocalcémie, hyperphosphorémie, hyperphosphatasie), amène les auteurs à discuter le rôle d'une hypoparathyroïdie, peut-être secondaire à la méningo-encéphalite syphilitique, qui est objectivée par l'état mental pré-déméntiel et par la pneumo-encéphalographie. Amélioration nette par le traitement anti-syphilitique (pénicilline, bismuth, stovarsol, malariathérapie) et par la thérapeutique vitamino-calcique.

L. R.

PSYCHOLOGIE

Méthodes et techniques d'auto-contrôle du psycho-diagnostic de Rorschach (Recherches et contributions personnelles), par M. SCHACHTER (de Marseille). (*L'Ospedale psichiatrico*, 20^e année, fasc. 1, janvier-mars 1952, p. 63-80).

Se basant sur son expérience personnelle et citant quelques observations correspondantes, l'auteur montre l'intérêt de certains procédés rapides d'auto-

contrôle immédiat du test de Rorschach. Il envisage successivement le test « Z » de Zulliger, qui s'applique essentiellement à de petites collectivités, le test de la tache d'encre, faite par le sujet lui-même, le test de Dörken modifié en le remplaçant par deux ou quatre taches, enfin le « micro-Rorschach », dont les avantages pratiques sont montrés.

V.-J. DURAND.

La construction d'un monde comme technique projective. (La construcción de un mundo como tecnica proyectiva), par Miguel SIGUAN (de Madrid). (*Revista de psicología general y aplicada*, Madrid, vol. 6, n° 20, 1951, p. 711-720).

L'auteur décrit la technique du World-test de Mélanie Klein et Margaret Lowenfeld, mis au point par Charlotte Buhler. Les principes d'interprétation sont rappelés et quatre exemples rapportés. Ensuite est examiné le test du village d'Arthus avec description de la méthode d'application et des moyens de l'interprétation, avec citation d'une observation. Le premier test laisse plus de spontanéité au sujet ; le second est plus objectif. Leur emploi commun peut être utile. Deux figures.

V.-J. DURAND.

Fondements de la Gestaltpsychologie, par Wolfgang METZGER (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. 13 ; n° 1, 1954).

Selon les conceptions de Chr. von Ehrenfels, Max Wertheimer et Wolfgang Köhler, une « forme » mentale n'est caractérisée ni par son mode de production, ni par une relation définie du tout et des parties (par exemple l'absorption des parties dans le tout). Ce qui est déterminant, c'est qu'on constate la présence de qualités structurelles. Ces qualités peuvent être déterminées expérimentalement. L'auteur décrit trois espèces de ces qualités, leurs rapports réciproques et illustre en passant la notion de loi structurelle.

A un second point de vue, dynamique, une « forme » est une totalité immobile ou un processus dont la structure n'est pas déterminée par des éléments statiques, mais par une équilibration de forces.

En conclusion, quelques considérations sur le problème de l'isomorphisme ou parenté structurelle, solution gestaltiste du problème psycho-physique.

L. R.

L'état actuel de la théorie de la Gestalt en psychoneurologie, par J. DE AJURIAGUERRA. (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, vol. 13, n° 1, 1954).

Exposant l'état actuel des applications de la théorie de la Gestalt à certains problèmes neurologiques, l'auteur examine successivement les troubles de la perception, le problème des agnosies, les désordres du langage, le problème des troubles somatognosiques. Il aborde ensuite deux problèmes particuliers : la théorie du champ de forces à la lumière des recherches physiologiques actuelles et le problème de la figure et du fond d'après le sens donné par Goldstein. En terminant, M. J. de Ajuriaguerra examine les applications de la Gestalt à la neuropathologie en les confrontant aux théories réflexologiques, organismiques et, plus particulièrement, aux doctrines intégratives.

L. R.

Gestalt et organisation psychique, par Richard MEILI. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. 13, n° 1, 1954).

Jusqu'ici, la psychologie de la forme s'est principalement occupée de la mise en évidence de lois structurelles. De ce fait, elle a négligé l'effet lointain des expériences vécues et, de façon générale, l'organisation mentale sous-jacente aux processus momentanés. Elle s'est ainsi interdit de pénétrer réellement dans la compréhension de la signification concrète des phénomènes psychiques particuliers.

En appliquant les principes gestaltistes au problème de l'organisation mentale, ajoute M. Meili, on en trouvera le fondement dans un système de traces. Il faut le concevoir comme un système dynamique, extrêmement différencié, dont l'auteur esquisse le développement au cours de l'évolution individuelle, en tenant particulièrement compte des rapports qui s'établissent entre son aspect subjectif-affectif et son aspect objectif-réel. Tout en se formant à partir des expériences et des rencontres de l'individu, ce système reste sous la dépendance étroite de l'hérédité.

L. R.

Ce qui subsiste de la théorie de la Gestalt dans la psychologie contemporaine de l'intelligence et de la perception, par Jean PIAGET. (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, vol. 13, n° 1, 1954).

Deux notions fondamentales, expose M. Jean Piaget, sont à retenir de la théorie de la Gestalt : celle d'équilibre et celle de totalité.

Mais, du point de vue de la théorie de l'intelligence, il faut distinguer les totalités non additives et irréversibles, qui sont les Gestalt proprement dites, et les totalités à composition additive et réversible qui comportent cependant leurs propres lois d'organisation ou de totalité (par exemple des lois de « lattice », de « groupement », de « groupe », de « corps », d'« anneau », etc.). Or, la structure de la Gestalt n'a de valeur explicative dans le domaine de l'intelligence qu'aux niveaux préopératoires, lorsque l'enfant résout les problèmes en fonction des configurations et non pas de transformations. Dès les niveaux opératoires (7-8 ans et 11-12 ans), l'intelligence est dominée par les structures réversibles (logiques et mathématiques), et l'on ne peut, malgré Wertheimer, réduire celles-ci à de simples Gestalt, parce qu'il s'agit alors de « lois de transformation ».

Dans le domaine perceptif, la structure de Gestalt garde toute sa valeur pour les « effets de champ ». Mais elle ne suffit déjà plus à rendre compte des diverses « activités perceptives » qui interviennent à des distances spatio-temporelles plus grandes. Ce que Révész dit de l'exploration dans la perception tactile se retrouve dans le domaine visuel, et il y a bien d'autres « activités » à considérer.

Même à ce qui concerne les effets de champ proprement dits, on peut prolonger les activités gestaltiques dans un sens plus relativiste en concevant les diverses déformations (illusions géométriques, etc.) comme dues aux surestimations par centration, se composant entre elles selon le schéma de la loi des centrations relatives. On peut espérer trouver ainsi la loi quantitative générale qui a manqué jusqu'ici aux analyses gestaltistes de la perception élémentaire.

L. R.

La localisation des processus de conscience. (La localizzazione dei processi di coscienza), par Carlo FERRIO (de Turin). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 13^e année, fasc. 5, octobre 1952, p. 488-508).

Définissant la conscience « un état mental dans lequel ont lieu des perceptions ou des représentations », l'auteur admet qu'il existe dans les processus conscients un seul phénomène se produisant dans l'écorce cérébrale, mais conditionné par certains centres sous-corticaux (centres végétatifs bulbaires, mésencéphaliques, thalamiques et hypothalamiques). Si intervient une impulsion d'initiative d'origine préfrontale ou diencéphalique, le phénomène de conscience peut prendre la forme d'une représentation. Si cette impulsion manque, le même phénomène prend l'aspect d'une perception.

V.-J. DURAND.

ANATOMIE

Lésions neuropathologiques post-lobotomiques, par N. RASKIN, G. STRASSMAN et C. C. VAN WINKLE. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 11, mai 1953, p. 608).

Examens de 15 cerveaux de malades lobotomisés ; l'intervalle entre la lobotomie frontale bilatérale varie de onze jours à cinq ans quatre mois. Après l'œdème, les hémorragies et la nécrose du champ chirurgical du début, le processus consiste ensuite en la présence de cellules granuleuses qui débalaient les parties nécrosées, en la formation de capillaires et en prolifération de fibroblastes. Les lésions s'étendent plus loin que la section originale. Les plans de section sont souvent asymétriques et diffèrent d'un cas à l'autre. La réparation, même si la blessure est aseptique, se fait lentement et il persiste dans la substance blanche des formations nécrotiques pseudokystiques. Les lésions du cortex guérissent plus rapidement que les sous-corticales. Les méninges sont épaissies et on note souvent des adhérences entre la dure-mère, les lepto-méninges et la lésion cérébrale. La réparation peut être retardée par les infections microbiennes, les toxines, les infections de l'organisme, les néphrites, etc... qui existaient avant la lobotomie ou qui se sont produites plus tard. En raison des difficultés techniques de l'intervention, la destruction des tissus est toujours plus étendue que ne le nécessiterait ce mode de traitement. Les auteurs restent surpris qu'en dépit de telles lésions cérébrales et de leur lente organisation, les malades guérissent puisqu'en moyenne 25 % sont rendus à la communauté. Dix photographies illustrent ce travail, dont la bibliographie ne cite aucun travail français.

L. MARCHAND.

Les lésions cérébrales des brûlés, par Jean LAPRESLE. (*Bulletin de la Société de biologie*, séance du 10 avril 1954).

De ses constatations dans 10 cas humains de brûlure accidentelle et dans 4 cas de brûlure expérimentale, chez le chien, l'auteur insiste sur l'existence d'une gliose fibrillaire prédominant dans les olives bulbaires et traduisant vraisemblablement des troubles circulatoires en relation avec les pertur-

ANALYSES

bations métaboliques et les modifications de la perméabilité capillaire entraînées par la brûlure.

L. R.

Lésion cérébrale par rayons Roentgen. (Lesione cerebrale da raggi Roentgen), par Giovanni FATTOVICH (de Venise). (*Neurone*, Mantoue, 1^{re} année, 1953 volume 1, n° 1, p. 69-105).

L'auteur rapporte un cas dans lequel l'application de rayons Roentgen pour une teigne provoqua d'abord une radiodermite ulcéreuse du cuir chevelu puis un épithélioma qui envahit l'os, déterminant une nécrose étendue. Le cortex des lobes occipitaux dans la région correspondante présentait une large cicatrice formée de tissu connectif et d'éléments névrogliques entrelacés, tandis que la substance blanche montrait une sclérose d'aspect spongieux. Références bibliographiques. 44 figures.

V.-J. DURAND.

Lésions cérébrales causées par le bombardement atomique, par Y. UCHIMURA et H. SHIRAKI. (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 116, n° 6, décembre 1952, p. 654).

Les examens ont porté sur 37 cerveaux ; 24 avaient subi le bombardement d'Hiroshima et 13 celui de Nagasaki. Les sujets étaient âgés : 2 de moins de 10 ans, 7 de 11 à 20 ans, 14 de 21 à 30 ans, 4 de 31 à 40 ans, 3 de 41 à 50 ans, 2 de 51 à 60 ans. Dans 5 cas, l'âge n'a pu être précisé. A la distance de 1.000 mètres du centre de l'explosion, celle-ci peut être considérée comme mortelle ; 20 cerveaux proviennent de cette zone, 4 d'une distance de 1.000 à 2.000 mètres ; on ignore à quelle distance se trouvaient les autres. La mort survint entre 3 et 5 semaines dans 24 cas, entre 6 et 8 semaines dans 5 cas ; entre 3 et 4 mois dans 2 cas, dans 6 cas après plusieurs semaines (sans autre précision). Des lésions cérébrales ont été observées dans 32 des 37 cerveaux. Les altérations peuvent être divisées en deux groupes.

Le premier groupe comprend les cas dans lesquels les lésions cellulaires sont associées à des troubles circulatoires ; ceux-ci consistent en hémorragies diapédétiques microscopiques qui entraînent des destructions corticales localisées ; les parois des vaisseaux sont infiltrées de lymphocytes. On note également une extravasation du plasma sanguin et de la fibrine.

Dans le deuxième groupe, on note des foyers circonscrits de destruction cellulaire, un processus dégénératif des cellules des noyaux extra-pyramidaux, des dépôts pseudo-calcaires dans les parois des capillaires du noyau lenticulaire.

Ces deux constatations concernent des malades qui moururent au cours d'une période allant de 19 à 64 jours après l'explosion. Les lésions sont semblables à celles qui sont causées par le radium et par les rayons X. Comme dans les recherches expérimentales chez l'animal, ce sont les troubles circulatoires qui sont prédominants. Il est possible que les lésions du parenchyme cérébral soient toujours secondaires à des vaso-dilatations ou à des vaso-constrictions, même quand on ne constate pas d'altérations des

parois vasculaires. Il faut aussi noter que les radiations, agissant sur l'ensemble du corps, déterminent des troubles du système hématopoïétique. Au moment de leur autopsie, les sujets, qui ont fait l'objet de ce travail, étaient dans un état d'anémie sévère ; les auteurs ne pensent pas que l'anoxémie ait pu jouer un rôle dans la pathogénie des lésions cérébrales qu'ils ont observées, car celles-ci sont localisées, n'intéressent pas les régions motrices, sont prédominantes dans les noyaux de la base en respectant le noyau rouge. Il est possible que les noyaux extra-pyramidaux présentent une affinité spéciale pour les substances radio-actives. Les auteurs mentionnent le fait que les lésions les plus accusées revêtent une forme diffuse, elles ont été observées chez deux jeunes sujets tandis qu'aucune lésion importante n'a été relevée dans les cerveaux de cinq sujets âgés de plus de 22 ans.

Les auteurs terminent en exprimant l'espoir que l'occasion ne se produira plus de publier les résultats d'une tragédie humaine aussi impressionnante (21 photomicros illustrent le mémoire).

L. MARCHAND.

Les lésions du tronc cérébral dans le parkinsonisme, par J. G. GREENFIELD et F. D. BOSANQUET. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol.16, n° 4, novembre 1953. p. 213).

Examen des cellules pigmentées du tronc cérébral, spécialement celles du locus niger et du locus cœruleus dans 19 cas de paralysie agitante idiopathique, 10 cas de parkinsonisme consécutif à une attaque d'encéphalite survenue entre les années 1918 et 1924 et 5 cas de parkinsonisme d'étiologie incertaine. Cinq types de modifications furent décelées dans ces cellules : 1° distension par des granulations de lypochrome et disparition des corpuscules de Nissl, du noyau et de la mélanine ; 2° vacuolisation ; 3° cellule nerveuse binucléée ; 4° inclusions de sphérules hyalines concentriques (corpuscules de Lewy), qui diffèrent des corps amylacés intracellulaires trouvés dans l'épilepsie myoclonique ; 5° lésions neuro-fibrillaires ressemblant à celles que l'on note dans la maladie d'Alzheimer, mais sans plaques séniles.

Les inclusions hyalines ou corps de Lewy ont été observées dans tous les cas de paralysie agitante idiopathique, et dans un cas post-encéphalitique ; les lésions neuro-fibrillaires dans neuf cas post-encéphalitiques, dans un cas compliqué d'amyotrophie probablement post-encéphalitique et dans un cas qui cliniquement était idiopathique.

En conclusion, les lésions de la paralysie agitante idiopathique n'ont rien de commun avec les processus de la sénilité. La disparition de nombreuses cellules pigmentées du locus niger associée à la présence de nombreuses inclusions de sphérules hyalines peut être considérée comme caractéristique de la paralysie agitante. D'après les observations des auteurs, on peut classer tous les cas avec inclusions de sphérules hyalines dans le groupe des paralysies agitantes idiopathiques et tous les cas avec lésions neuro-fibrillaires dans celui des paralysies agitantes post-encéphalitiques ; dans la grande majorité des cas, cette distinction s'accorde avec les formes étiologiques. Quinze microphotographies illustrent le travail.

L. MARCHAND.

Exposé anatomo-pathologique d'un cas d'oligophrénie phénylpyruvique, par J. A. N. CORSELLIS. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 16, n° 3, août 1953, p. 139).

L'excrétion d'acide phénylpyruvique s'observe chez 0,5 % environ des faibles d'esprit. Si l'on a surtout fait des recherches sur l'oligophrénie phénylpyruvique aux points de vue biochimique et génétique, l'anatomie pathologique a encore été peu précisée. L'auteur rapporte le cas d'une idiote épileptique âgée de 25 ans au moment de la mort. Depuis plusieurs années, on avait constaté que les urines renfermaient de l'acide phénylpyruvique. Les constatations anatomopathologiques consistent en une aire de démyélinisation dans la substance blanche du lobe occipital droit, des lésions du type rétrograde intéressant les cellules de Betz, les cellules du tronc cérébral et de la moelle. Pour l'auteur, la dégénérescence rétrograde des cellules est due au trouble du métabolisme protéinique en rapport avec la formation d'acide phénylpyruvique (cinq microphotographies).

L. MARCHAND.

Etude quantitative du cerveau d'un sourd-muet, par V. W. D. SCHENK. (*Revue neurologique*, t. 89, n° 3, 1953 (2^e semestre) p. 208).

L'examen a porté sur l'encéphale d'un sourd-muet mort à l'âge de 65 ans. Les lésions prédominent dans la moelle allongée dont 36 % des cellules ont disparu. Dans les olives supérieures, la disparition des fibres et la réduction des cellules plaident en faveur d'une atrophie secondaire. Dans l'écorce des gyrus transversalis temporaux (circonvolution d'Heschl), les grandes cellules ont disparu. Dans l'écorce de la circonvolution temporale supérieure, il n'existe pas de différence de structure, qu'il s'agisse de sourd-muet ou de sourd. L'auteur fait remarquer que les recherches quantitatives de l'écorce cérébrale exigent une prudence extrême. Les mêmes endroits de l'écorce possèdent une structure tout à fait différente suivant les divers sujets et, chez le même sujet, on trouve dans la même région de grandes différences dans les endroits les plus voisins.

L. MARCHAND.

BIOLOGIE

Influence de l'anoxie et de l'ischémie sur les fonctions nerveuses supérieures. Étude expérimentale, chez le chien, à l'aide du réflexe salivaire conditionnel, par MM. J. MALMEJAC, P. PLANE et E. BOGAERT (*Bull. de l'Académie royale de médecine de Belgique*, séance du 30 janvier 1954).

L'étude expérimentale, à l'aide de réflexes conditionnels, de l'influence de l'ischémie sur les centres nerveux supérieurs, confirme l'extrême sensibilité de ces formations qui réagissent les premières au manque d'oxygène, qui « meurent » les premières chez l'animal en état de « mort apparente » et qui, même après réanimation, peuvent rester déficientes pendant des temps prolongés ou, définitivement, si l'ischémie a été assez poussée. Une ischémie de six minutes entraîne des perturbations réversibles en plusieurs semaines.

Des ischémies plus prolongées entraînent des défaillances complètes avec coma, puis récupération lente et très relative. Les recherches des auteurs confirment combien les formations nerveuses supérieures sont vulnérables et présentent des défaillances importantes rapidement irréversibles. La limite de six minutes d'ischémie est voisine de celle admise par C. Heymans (1935), par H. Kabat et collaborateurs (1941) pour que les dysfonctionnements nerveux supérieurs observés soient passagers ou *complètement* réversibles. C'est là une limite généralement plus courte que celle fixée en se basant sur des enregistrements électro-encéphalographiques (Ten Cate, 1953). Passé ce délai de six minutes, compte tenu de variations individuelles ou de conditions expérimentales très différentes, il y a peu de chances d'obtenir une restitution fonctionnelle rigoureuse. Diverses observations cliniques récentes plaident dans le même sens.

L. R.

Etudes électromyographiques des états émotionnels chez des sujets normaux, par P. P. NEWMAN. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 16, n° 3, août 1953, p. 200).

Comme il existe une corrélation entre la tension musculaire et les réactions émotionnelles, l'auteur a employé pour l'apprécier la technique suivante : il a appliqué, comme on le fait dans les recherches électro-encéphalographiques, les électrodes sur le muscle temporal. Quand le sujet est en état de résolution musculaire, le tracé est celui d'un électro-encéphalogramme ; sous l'influence d'un état émotionnel, provoqué par des mots spéciaux, on obtient un électromyogramme dont on peut apprécier les potentiels, leur fréquence, le nombre des pointes, l'amplitude, la durée. L'auteur a pu ainsi démontrer que la tension physiologique est augmentée au cours des états émotionnels et que cette tension peut être enregistrée électriquement. On peut aussi, par cette méthode, dévoiler certains aspects cachés de la personnalité.

L. MARCHAND.

Nouvelle étude sur le cholestérol sanguin dans la schizophrénie (Further study of blood cholesterol in schizophrenia), par Guy NADEAU et G.-H. LARUE (de Mastai-Québec). (*The Canadian Medical Association Journal*, 66, 1952, p. 320-323).

En conclusion d'une étude sur la cholestérolémie dans la schizophrénie, les auteurs montrent la variabilité du taux trouvé, avec généralement baisse assez marquée. Certaines remarques faites antérieurement semblent prématurées. D'autres recherches sont encore à mener à bien. Tableaux. Graphiques.

V.-J. DURAND.

Variation des éosinophiles au cours du coma insulinique thérapeutique, par H. C. SHANDS et D. MENZER. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 10, avril 1953, p. 757).

Recherches portant sur le nombre des éosinophiles sanguins chez les schizophrènes en rapport avec l'hypoglycémie produite par l'injection d'insu-

line. Le nombre des éosinophiles a été relevé avant, pendant et après le coma insulinique. Vingt minutes après l'injection d'insuline, on note un abaissement de 25 % du nombre des éosinophiles et un abaissement de 50 % du sucre sanguin. Durant ce laps de temps, le malade est assoupi, sans autres troubles. Ensuite, durant une période de 20 à 45 minutes, le taux du sucre sanguin continue à baisser, mais il se produit alors une augmentation importante du nombre des éosinophiles ; le malade se plaint de faim, est agité, transpire. Pendant les trois heures et demie suivantes, ces troubles physiologiques diminuent et le malade n'éprouve plus qu'un sentiment de fatigue. Le taux du sucre sanguin revient presque à son taux antérieur à l'injection d'insuline, mais le nombre des éosinophiles s'abaisse de 80 %. Le travail se termine par une discussion sur la désintégration de l'homéostasie, qui contrôle les rapports entre le taux du sucre sanguin, le nombre des éosinophiles et les manifestations cliniques de la réaction hypoglycémique.

L. MARCHAND.

Psychopathologie et fonctionnalité réticulo-endothéliale. (Psicopatologia e funzionalita reticolo-endoteliale), par Domenico ANGRISANI (de Naples). (*L'Ospeale psichiatrico*, 20^e année, fasc. 1, janvier-mars 1952, p. 21-62).

L'auteur a recherché chez 415 malades mentaux le fonctionnement du système réticulo-endothélial au moyen d'un sérum cytotoxique antiréticulo-histiocytaire humain (cytolysine). Dans le présent travail sont rapportés les résultats dans les diverses affections psychiques étudiées : schizophrénie, phrénasthénie, paralysie générale et tabo-paralysie, épilepsie, dysthymies, formes préséniles, séniles et artério-scléreuses, syndromes divers. De nombreux tableaux groupant les données numériques permettent d'utiles comparaisons. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

De la nature des troubles trophiques ; importance vraisemblable de ces troubles dans la physiologie pathologique tissulaire, par René LERICHE (de Paris). (*La Presse médicale*, 15 octobre 1952).

L'auteur étudie la nature des troubles trophiques, en examinant leurs conditions d'apparition au niveau de la peau. L'ischémie relative et les phénomènes vaso-constricteurs en sont la cause la plus habituelle. De simples troubles vaso-moteurs, comme ceux qui succèdent à de menus traumatismes des doigts, en peuvent être suivis.

Les gangliectomies sympathiques ont ce caractère paradoxal de les guérir s'il en existe, et d'en produire sur les peaux saines. Ils sont discrets généralement, mais ils peuvent être très intenses, identiques à ceux décrits expérimentalement par Arloing, il y a soixante ans.

Il est nécessaire de reprendre la question expérimentalement.

Les thromboses veineuses en sont habituellement suivies, et l'auteur insiste sur le rôle des hémorragies diapédétiques dans ces cas. Après les sections nerveuses, les troubles trophiques sont habituels, mais ils ne sont pas les mêmes, indifféremment, avec tous les nerfs. Pour certains, ils sont très réduits. Les sections de nerfs purement sensitifs (s'il en est) peuvent en être suivies.

L'apparition d'un début de maladie de Dupuytren a été vue peu après la perforation du cubital par un poinçon.

L'auteur examine finalement la question du début même du trouble trophique. Certains faits donnent à penser que celui-ci se fait d'abord par le tissu conjonctif, les modifications de la peau n'étant que secondaires. En conclusion, il y a lieu de chercher si des troubles trophiques ne sont pas à l'origine de certaines maladies tissulaires apparemment spontanées. La question des lésions nerveuses intra-tissulaires, effet et cause, est posée.

L. R.

ENDOCRINOLOGIE

Sur la sensibilité hormonale et l'importance trophique du système de ganglions sympathiques terminaux, par CHAMPY et COUJARD. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 2 mars 1953).

La sensibilité aux hormones ne tient pas aux tissus, mais aux ganglions sympathiques terminaux qui les innervent. La sensibilité aux hormones est une affaire régionale et non tissulaire. Les auteurs en donnent des preuves multiples, par exemple, dans les expériences de culture ou de greffe ; on ne retrouve de sensibilité aux hormones que s'il persiste des fragments du réseau sympathique terminal.

La destruction asymétrique de certains ganglions entraîne une modification asymétrique sous l'action des hormones. On peut la constater pour le tractus génital.

L. R.

Les stéroïdes du cortex surrénal en psychiatrie, par Adriano CRUZ FERREIRA. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 1, n° 14, 1952, p. 157-184).

Après un rappel de la notion de « stress », l'auteur décrit les mécanismes de celui-ci en clinique psychiatrique, en particulier dans l'électrochoc, l'insulinothérapie, les leucotomies, les émotions, la schizophrénie, l'épilepsie. Sont également envisagés les rapports des hormones cortico-surrénales et de l'électro-encéphalographie. Si le traitement par des extraits de cortex surrénal peut se montrer utile en psychiatrie, beaucoup d'inconnues demeurent. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur l'origine diencéphalique des hormones dites « posthypophysaires », par F. STUTINSKY. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 22 novembre 1952).

Des dosages pratiqués sur des extraits hypothalamiques, obtenus à partir de cerveaux de rats hypophysectomisés depuis quinze jours à trois mois, montrent que les principes antidiurétiques et ocytociques y persistent malgré l'absence de l'hypophyse. La comparaison des résultats morphologiques et pharmacologiques aboutit à la notion d'une « glande diencéphalique » et le

rôle de la post-hypophyse se borne à accumuler et à excréter les hormones dont il faut chercher la source dans les noyaux d'origine principaux du faisceau hypothalamo-hypophysaire (noyaux supra-optiques et para-ventriculaires).

L. R.

Pseudo-tabès hypophysaire d'Oppenheim, par A. PUECH, Ch. COMBIER, A. PAGÈS et J. TAILLADE. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 9 mai 1952).

La coexistence d'une acromégalie, d'un syndrome des fibres longues et d'un diabète sucré chez le même malade suggère une nouvelle pathogénie du pseudo-tabès d'Oppenheim. L'absence de toute perturbation du chimisme gastrique et de la formule sanguine ne sont pas en faveur de l'hypothèse de Snapper et L. van Bogaert ou de celle de Bergouignan. On peut considérer que les troubles métaboliques liés au diabète, lui-même de type hypophysaire, sont à l'origine du syndrome neurologique.

L. R.

Maladie de Pick chez un sujet atteint d'obésité diencéphalohypophysaire par kystes du pédoncule hypophysaire. (Malattia di Pick in soggetto affetto da obesità diencefalopofisaria da cisti del peduncolo ipofisario) par Emilio MANCINI (d'Ancône). (*Note e Riviste di psichiatria*, Pesaro, avril-juin 1952, extrait de 22 pages + 9 pages de photographies).

L'auteur rapporte un cas de maladie de Pick associée à une adiposité de type diencéphalo-hypophysaire. L'autopsie montra une atrophie cérébrale diffuse accentuée, une atrophie moyenne des ganglions de la base, du tronc encéphalique et de la moelle. Au microscope, on pouvait noter : absence de plaques séniles et d'altérations neuro-fibrillaires d'Alzheimer, tuméfactions cellulaires, réactions oligonévrogliques. Le pédoncule hypophysaire montrait un kyste épithélial d'un millimètre et demi de diamètre. L'auteur discute les problèmes cliniques, anatomiques et étiologiques posés par cette observation. 28 photographies.

V.-J. DURAND.

Nouveau syndrome de Morgagni-Morel avec diabète sucré, par P. BOULET, H. SERRE, A. VEDEL, J. MIROUZE et H. BONNET. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 13 juin 1952).

Observation de syndrome de Morgagni-Morel avec diabète sucré. Le diabète est glycosurique non acidocétosique ; l'obésité franchement androïde ; les troubles psychiques de type maniaco-dépressif ; l'hypertrichose est diffuse.

L. R.

Observations cliniques et métaboliques de longue durée dans la catatonie périodique, par A. G. CORNALL, B. EGLITIS, A. MILLER, A. BISTOKES et J. G. DEWAN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 8, février 1953, p. 584).

Exposé de trois observations de catatonie périodique. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 27 ans qui, à chaque accès d'agitation violente, présente des troubles du métabolisme basal et de la nutrition. L'hormonothérapie thyroïdienne amena la guérison. La deuxième observation concerne un sujet âgé de 36 ans, qui avait un taux relativement bas des 17-cétostéroïdes et du métabolisme basal pendant les périodes intercalaires de ses accès : un traitement thyroïdien eut un heureux résultat. Le troisième cas est celui d'une femme, âgée de 33 ans, qui est atteinte d'attaques de stupeur au début des accès ; on notait une augmentation notable des 17-cétostéroïdes urinaires. L'A.C.T.H., en déterminant une augmentation plus importante des corticoïdes que des 17-cétostéroïdes, fut un succès thérapeutique. Chez cette femme, des essais antérieurs avec la cortisone avaient amélioré l'état mental. Discussion sur les rapports possibles entre un métabolisme basal abaissé et un état hormonal mal équilibré.

L. MARCHAND.

Myxœdème cutané circonscrit thyroïdophinique avec exophtalmie œdémateuse. Etude histologique avant et après régression thérapeutique, par L. DE GENNES, H. BRICAIRE, R. TOURNEUR et J. LEPRAT. (*Bull. de la Société anatomique de Paris*, séance du 4 décembre 1952).

Il s'agit d'un cas de maladie de Basedow, très pauvre en signes thyrotoxiques, à évolution prolongée, caractérisé surtout par une très importante exophtalmie œdémateuse, avec taux élevé de fixation de l'iode 131, et l'existence d'un myxœdème cutané pré-tibial d'une grande netteté, évoluant depuis sept ans. En quatre mois, sous l'effet de la cortisone, et plus encore de l'A.C.T.H., l'exophtalmie a régressé en partie, les lésions cutanées en presque totalité. Celles-ci consistaient initialement en la turgescence remarquablement intense et diffuse de toutes les fibres collagènes du derme, et partiellement de celles de l'hypoderme ; après traitement, celles-ci ont repris un aspect quasi-normal.

L. R.

L'œil basedowien commun ne comporte aucune protrusion du globe : il n'est d'exophtalmie qu'œdémateuse, par GILBERT-DREYFUS, M. ZARA et J.-L. FRANK. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 31 octobre 1952).

Les auteurs apportent les résultats des mesures exophtalmométriques pratiquées comparativement chez 52 sujets normaux et autant de sujets basedowiens. Si l'on reprend la division classique en exophtalmie sèche et exophtalmie œdémateuse, les mesures montrent que les chiffres de l'exophtalmie sèche et des sujets normaux sont absolument identiques, tant dans leur valeur extrême que dans leurs valeurs moyennes. L'exophtalmie sèche n'existe donc pas. Il n'existe d'exophtalmie qu'œdémateuse.

L. R.

La maladie de Basedow de l'andropause, par M. CREYX, J. LENG-LEVY, J. VINENDEAU et A. SERRES. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux*, séance du 4 novembre 1952).

Deux observations démonstratives de l'étiologie diencéphalo-hypophysaire de la maladie de Basedow apparue chez l'homme aux environs de la cinquantaine. Les manifestations propres à l'andropause réalisent souvent un tableau où les troubles nerveux et psychiques prennent le pas sur les signes d'hypofonctionnement glandulaire. Ce terrain s'avère favorable à l'éclosion de perturbations diencéphalo-hypophysaires déterminantes d'une maladie de Basedow ; polyurie, polydipsie, viendront parfois, comme dans la deuxième observation rapportée, souligner cette étiologie.

L. R.

Un syndrome méconnu : l'asthénie d'involution (asthénie ménopausique), par MONNEROT-DUMAINE. (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, séance du 24 octobre 1952).

L'auteur décrit le syndrome asthénique, quelquefois très marqué, qui s'installe parfois au moment de la ménopause : asthénie physique, avec troubles vaso-sympathiques, amaigrissement ; mais aussi mentale, constituant ainsi une forme mineure de la mélancolie d'involution. Dans la pratique, la méconnaissance de cet état fait rechercher, en vain, diverses étiologies, et négliger la thérapeutique efficace que constituent généralement les œstrogènes. L'auteur pense qu'on pourrait qualifier ce petit syndrome d'*asthénie d'involution*.

L. R.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Le haschisch, par André PLICHET. (*La Presse médicale*, 60, n° 71, 8 novembre 1952, p. 1523-1524).

Depuis la dernière guerre, la consommation de cannabis sativa a considérablement augmenté aux Etats-Unis. De sévères mesures ont dû être prises. L'auteur rappelle ici ce qui concerne la production, la préparation, les conséquences de l'absorption des substances actives de la plante. Les tentatives d'applications thérapeutiques en médecine ont eu peu de succès et sont maintenant abandonnées. En terminant, l'auteur montre que le gouvernement égyptien vient d'en interdire l'usage à une population qui, depuis des siècles, y cherchait exaltation et évasion.

V.-J. DURAND.

L'occultisme, péril social ?, par le Dr HOUARDY, inspecteur principal d'hygiène. (*Archives belges de médecine sociale, hygiène, médecine du travail et médecine légale*, janvier 1954).

Désignant sous le nom d'« occultisme » des activités n'ayant aucun lien entre elles, mais ne semblant pas relever des disciplines scientifiques habituel-

les (astrologie, cartomancie, chiromancie, clairvoyance, fakirisme, hypnotisme, médiumnisme, métapsychie, numérologie, radiesthésie, spiritisme, etc.), l'auteur, fondateur et secrétaire du « Comité belge pour l'investigation scientifique des phénomènes réputés paranormaux » apporte ici les résultats des examens de contrôle pratiqués par cet organisme.

Il constate l'existence d'innombrables activités « occultes » ou « paranormales », l'absence chez elles de tout support objectif actuellement décelable, et les conséquences graves qu'elles entraînent pour la santé physique, le niveau intellectuel, la moralité de la population, les finances publiques et privées. « Ainsi, conclut-il, l'occultisme est un péril social réel, contre lequel les autorités et la population doivent être mises en garde. »

R. C.

ASSISTANCE

Sur l'organisation d'un service de tests dans un hôpital psychiatrique, par P. ROYER et SMITH. (*Bull. de la Société de médecine de Nancy*, séance du 28 mai 1952).

L'organisation d'un service de tests ne pose plus seulement des problèmes de personnel et de matériel mais exige, avant qu'on ne les applique aux malades, que soient « testés les tests », pour la plupart d'origine étrangère ou de valeur incertaine. Les épreuves de Wechsler-Bellevue et de Rorschach ont paru aux auteurs constituer une batterie minimum satisfaisante. L'étude statistique de la première a été entreprise sur 1.000 malades. L'utilisation de fiches mécanographiques s'est avérée indispensable pour le calcul des corrélations entre épreuves. Les techniques statistiques choisies ont dû l'être par un groupe de psychologues et de psychiatres. La nécessité du travail d'équipe s'est affirmée une fois encore, tant devant l'ampleur des problèmes à résoudre que devant la complexité des techniques diverses nécessaires à ce travail.

L. R.

Organisation de la consultation médico-psychologique de Clermont-Ferrand et premiers résultats obtenus, par M^{me} BAYEN (de Clermont-Ferrand). (*Comptes rendus du 2^e Congrès international d'hygiène et de médecine sociale*, Lyon, 9, 10, 11 et 12 juillet 1952).

A propos des premiers résultats d'une consultation médico-psychologique, l'auteur insiste sur le caractère primordial d'un dépistage auquel parents et maîtres sont associés.

L. R.

La cité des fous. (La ciudad de los locos), par JOSÉ BELBEY. (*El Día medico* Buenos-Aires, 24^e année, n° 21, 1952, un extrait de 18 pages).

Sous ce titre, l'auteur décrit la colonie de Gheel. Après un rappel historique, sont envisagées les modalités de fonctionnement de cette ancienne institution, puis sont discutés ensuite les arguments favorables ou défavorables. En conclusion, l'auteur déclare : Gheel, « nous dira comment la solidarité humaine, unie à la science, fera plus pour la fraternité des hommes

que la violence, que les guerres et que toute force qui prétend se substituer à l'intelligence et au sentiment dans la société des hommes ».

V.-J. DURAND.

Le placement administratif des buveurs à Bâle. (Die administrative Trinkerversorgung in Basel), par Jurg IM OBERSTEG. (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, 32^e année, n° 8, août 1952, p. 479-511).

L'auteur décrit en détails la législation permettant à Bâle le placement des alcooliques. De très nombreux renseignements statistiques sont donnés pour les années 1918 à 1950. Il y eut 376 internements pour les hommes, 34 pour les femmes. La durée moyenne du placement fut d'une année. 17,8 % des hommes sortirent guéris ou améliorés, 13,6 % des femmes. Il y a toujours lieu de préparer soigneusement la sortie et de veiller à une assistance sociale efficace. D'abondants commentaires sont faits à propos des données numériques fournies. Bibliographie surtout suisse.

V.-J. DURAND.

THERAPEUTIQUE

La psychothérapie dans la pratique générale, par E. WEISS. (*Postgraduate Medicine*, septembre 1953, d'après *Word medical Journal*, mars 1954).

L'auteur résume ainsi la psychothérapie secondaire : 1° laisser au malade le temps de raconter son histoire, écouter plutôt que parler ; 2° essayer de considérer le malade comme une personne plutôt qu'un simple cas médical, découvrir la personnalité du malade ; 3° procéder à l'examen physique aussi complet que possible (y compris les analyses de laboratoire), exclure ou évaluer la maladie physique ; 4° le rassurer qu'il n'y a aucune trace de cancer, d'affection cardiaque ou de maladie mentale ; 5° expliquer au malade qu'il souffre d'un dérangement et non d'une maladie (c'est-à-dire « colon sensible » mais non « colite »), que les symptômes sont réels (et non imaginaires) et que, bien que déplaisants, ils ne nuiront pas à la santé du corps ; 6° si la maladie existe, expliquer que les symptômes lui sont disproportionnés (par exemple, les maux de tête et la fatigue dans l'hypertension) ; 7° rechercher et expliquer les relations entre le début de la maladie et les événements de nature à causer de fortes émotions ; 8° encourager les discussions sur les problèmes personnels (état de famille, situation conjugale, travail, vie sociale) ; 9° prier le malade de donner son opinion personnelle sur les causes de sa maladie et le rééduquer sur le déroulement de la formation des symptômes, comment les symptômes sont causés par la tension d'origine émotive ; 10° au lieu de recommander le repos, pousser le malade à entreprendre plus de travaux et de devoirs sociaux, « agir en dépit des symptômes », cela extériorise l'énergie physique (libido) et détourne l'attention des sensations corporelles ; 11° si des médicaments sont prescrits, expliquer leur effet, éviter les mystères ; 12° essayer de désensibiliser, en multipliant les discussions contre les influences nocives de l'entourage, les relations inamicales, les critiques des employeurs, etc. Si la désensibilisation s'avère inefficace et que l'amélioration des circonstances de la vie quotidienne soit impossible, alors s'imposera un changement d'entourage.

L. R.

Réflexions sur la psychothérapie existentialiste. (Reflexiones sobre la psicoterapia existencialista), par A. VALLEJO NAGERA. (*Revista de psicología general y aplicada*, Madrid, vol. 6, n° 20, 1951 p. 677-687).

L'auteur fait ici une étude critique de la psychothérapie du Viennois Viktor E. Frankl. Les conceptions philosophiques de ce dernier dérivent à la fois de l'idéalisme néo-kantien, de la phénoménologie et de l'existentialisme. Ce sont essentiellement le principe de l'autonomie de l'esprit, la liberté d'agir en face du fatalisme du destin et la possibilité de résoudre le problème de la responsabilité vitale par la création des valeurs de renoncement. La méthode de Frankl consiste en analyse existentielle et en logothérapie. Cette dernière enseigne au malade que la vie de chacun a une fin unique. Elle réveille la responsabilité.

V.-J. DURAND.

Psychothérapie contre la volonté du malade. (Psychotherapy against the will of the patient), par Robert P. ODENWALD (de Washington). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 6, n° 2, avril 1952, p. 274-279).

A propos d'une observation personnelle, l'auteur conclut que la psychothérapie, même faite contre la volonté du malade, peut se montrer favorable, en facilitant par la catharsis, la résolution de l'anxiété. Il ne faut pas hésiter à appliquer le traitement, même en cas d'opposition du malade.

V.-J. DURAND.

Contribution clinique à l'évaluation critique de la narcoanalyse : narco-analyse et mythomanie. (Contributo clinico alla valutazione critica della narcoanalisi : narcoanalisi e mitomania), par Carlo GORRIA, Gustavo GAMMA et Eligio VILLATA (de Turin). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 3, mai-juin 1952, p. 388-397).

Les auteurs rapportent, de façon détaillée, un cas de mythomanie, déclenché par la narco-analyse. A propos de cette observation, ils montrent les limites de la valeur clinique de la méthode et envisagent les possibilités d'une contribution étiopathogénique offerte par cette technique d'exploration psycho-pharmacologique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Un cas de claustration volontaire ayant débuté il y a 9 ans, guéri par narco-analyse, par J. BILLET, R. LAFON et B. BILLET. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 11 juillet 1952).

Observation d'un malade resté volontairement enfermé chez lui depuis neuf ans. Les narco-analyses ont permis de mettre à jour un état conflictuel familial et de faire une psychothérapie sous narcose qui a permis la guérison complète du malade et sa récupération au point de vue social.

L. R.

La subnarcoose barbiturique dans l'identification des psychopathies organiques. (La subnarcosi barbiturica nella identificazione di psicopatie organiche). par Renato CRISTINI (de Naples). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, 1^{re} partie, janvier-février 1952 p. 73-78).

On peut employer la narco-analyse dans la pratique clinique et médico-légale pour la différenciation des éléments névrosiques et des symptômes de cérébropathies organiques. Cela peut se montrer très utile. L'auteur rapporte, à l'appui de cette affirmation, un cas médico-légal très délicat, où se posait la question de la simulation.

V.-J. DURAND.

Un cas de torticollis spasmodique d'origine psychogène guéri par narco-analyse, par Cl. GROS et B. BILLET. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 11 juillet 1952).

Observation de torticollis spasmodique évoluant depuis un an, pour lequel les différentes thérapeutiques classiques avaient échoué. La mise à jour d'un état conflictuel grave par narco-analyse a permis le défoilement des différents traumatismes affectifs à l'origine de cet état. Cette observation apporte un cas supplémentaire à la médecine psycho-somatique, le torticollis spasmodique étant rarement attribué à une cause psychogène. Guérison obtenue par une série de dix narco-analyses et de séances de psychothérapie, et qui se maintient depuis plus d'un an.

L. R.

Les thérapeutiques de relaxation en médecine psychosomatique, par J. DE AJURIAGUERRA et J. GARCIA BADARACCO. (*La Presse médicale*, 4 mars 1953).

Thérapeutiques de relaxation dans le cadre de la médecine psychosomatique en utilisant la notion de profil de personnalité. Les auteurs mettent d'abord en relief la composante tonique des « états tensionnels », les différentes formes d'intégration du tonus au cours du développement, ainsi que le rôle des troubles du tonus en psychopathologie. Dans une deuxième partie, ils exposent les méthodes de relaxation de Jacobson, Schultz et Kretschmer et rappellent les procédés méditatifs en psychothérapie. Les techniques sont décrites avec un certain détail, afin que les lecteurs puissent trouver là les éléments pratiques des différentes formes de traitement à envisager. En terminant, sont posées les indications des méthodes de relaxation et leurs rapports avec d'autres thérapeutiques : psychothérapie, psychanalyse.

L. R.

Acquisitions récentes en thérapeutique, par P. SIVADON. (*Bull. de la société de médecine de Paris*, séance du 22 janvier 1954).

Le traitement de l'alcoolisme doit être envisagé comme celui d'une toxicomanie. Il comporte donc des techniques de désintoxication et des méthodes psychothérapiques. Les premières utilisent l'alcool glucosé hépatisé, la vitaminothérapie, la strychnothérapie intensive. Les secondes sont à base de

psychothérapie simple de soutien, aidée ou non de médications sensibilisantes (antabus) et, surtout, de psychothérapies de groupe, qui visent à modifier la personnalité du sujet et à faire se résoudre les comportements anormaux.

Entre les deux se situent les méthodes de conditionnement (cures de dégoût à l'aide d'apomorphine ou d'antabus). Le rôle du service social dans l'éducation du milieu familial est particulièrement souligné par l'auteur.

L. R.

Sédation des alcooliques par des médicaments non sédatifs, par J. THIMANN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 9, mars 1953, p. 701).

Dans les accidents aigus et subaigus de l'alcoolisme, l'auteur conseille l'association de la bellafolline, dépresseur du vague, et de l'ergotamine, dépresseur du sympathique. Il a ainsi traité 155 malades avec de très bons résultats ; durée du traitement : un à trois jours.

L. MARCHAND.

Ce qui arrive aux alcooliques, par Fr. LEMÈRE. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 9, mars 1953, p. 674).

Statistique sur ce qui est arrivé avant les traitements modernes à 500 alcooliques non traités suivis jusqu'à leur décès. 28 % ont bu jusqu'à leur mort, 7 % furent capables de ne plus s'alcooliser, 3 % arrivèrent à ne plus boire que modérément et 29 % continuèrent sans arrêt leurs excès, 22 % devinrent abstinents au cours de la maladie dont ils moururent, tandis que 11 % ne purent s'abstenir de boire ; 7 % devinrent abstinents de leur propre chef sans aucun conseil, 3 % le devinrent sous l'influence d'une reconversion spirituelle. 1 % seulement se conforma à une direction médicale et ne s'alcoolisa plus. Comme complications, on note le suicide dans 11 % des cas, l'aliénation mentale au moment de la mort dans 6 % des cas, le divorce dans 19 % et l'abandon au moment de la mort dans 5 % des cas. Aucun cas de tuberculose n'est signalé (remarque de l'auteur de l'analyse). La durée moyenne de la vie de ces 500 alcooliques a été de 52 ans. Beaucoup d'entre eux se sont abstenus pendant de longues périodes et rechutèrent plus tard. A noter que 16 % ont atteint l'âge de 75 ans tandis que 12 % ne dépassèrent pas l'âge de 40 ans.

L. MARCHAND.

L'usage des médicaments sédatifs et stimulants dans les affections émotionnelles. (*The use of sedative and stimulative drugs in emotional illness*), par Frank R. BARTA. (extrait de 4 pages de « *The Nebraska State Medical Journal* », vol. 37, n° 5, mai 1952).

La prescription de médications stimulantes ou sédatives dans les troubles émotionnels est parfois difficile. Pour poser de façon plus précise les indications thérapeutiques, l'auteur propose l'emploi de sa classification des tempéraments en quatre types : dominant hypoordonné réagissant bien aux stimulants comme les amphétamines, soumis hyperordonné sensible aux

dépresseurs comme l'amytal sodique, soumis hypoordonné amélioré par une association de stimulants et de sédatifs avec prédominance des derniers, enfin dominant hyperordonné, justiciable d'une association avec surtout des stimulants. Tableaux permettant le diagnostic des tempéraments.

V.-J. DURAND.

Appréciation des injections intraveineuses d'éther comme traitement des malades mentaux, par D. H. FUNKENSTEIN et L. W. MEADE. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 9, mars 1953, p. 650).

Le traitement consista en l'injection intraveineuse de 1.000 cc. d'une solution de 2 1/2 % d'éther dans du sérum salé normal ; la durée de l'injection était de une heure et demie à deux heures. Elle était répétée cinq fois par semaine jusqu'à un minimum de vingt injections.

Pour apprécier et comparer l'action du traitement, les auteurs prirent trois groupes de malades, tous atteints de psychoses affectives du type dépressif (manie dépressive, psychose d'involution, mélancolie). Un groupe fut traité par les injections d'éther, 37,8 % guérèrent ; un autre par la simple injection de sérum salé, 52,9 % guérèrent ; le troisième par les électrochocs, qui donnèrent les meilleurs résultats, puisque 89,4 % guérèrent.

Les vingt-deux malades qui ne tirèrent aucun bénéfice du traitement par l'éther furent soumis à l'électrochothérapie et dix-neuf furent suffisamment améliorés pour quitter l'hôpital.

Les sept malades qui avaient été traités sans résultat par le sérum salé furent soumis à l'électrochothérapie et tous purent quitter l'hôpital.

La conclusion est que le traitement par l'éther n'a aucun effet spécifique qui ne puisse être obtenu par le seul sérum salé et que l'électrochoc reste le plus efficace.

L. MARCHAND.

Résultats du traitement de 33 malades par les inhalations d'acide carbonique, par J. S. SMITH. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 8, février 1953, p. 626).

Les malades anxieux, déprimés ou hystériques furent traités par inhalation d'un mélange de 30 % d'acide carbonique et de 70 % d'oxygène. Ils furent suivis pendant une période de six mois à deux ans. Quatre sujets guérèrent rapidement, huit manifestèrent une amélioration légère et temporaire après un traitement de six à huit mois. Vingt et un malades ne tirèrent aucun bénéfice de cette méthode de traitement.

L. MARCHAND.

Des différentes indications pour l'emploi de l'acide glutamique, par EL. D. KANE. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 9, mars 1953, p. 699).

L'auteur conclut que si l'acide glutamique n'a que peu d'indications dans la plupart des cas d'arriération mentale, il a une certaine valeur chez les sujets chez lesquels le retard intellectuel est en rapport avec une altération cérébrale et s'accompagne d'un état émotif peu développé.

L. MARCHAND.

Cortisone et corticotrophine en psychiatrie (Cortisona y corticotrofina en psiquiatria), par José BLEGER. (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 2^e année, n° 5, octobre 1952, p. 44-52).

Après avoir rappelé la classification des hormones cortico-surrénales, l'auteur décrit l'action générale de la cortisone et de la corticotrophine ou A.C.T.H., ainsi que les contre-indications et les complications possibles. Il décrit ensuite les applications thérapeutiques faites en psychiatrie par différents auteurs au moyen de ces hormones. Il semble encore trop tôt pour se faire une opinion sûre. Références dans le texte.

V.-J. DURAND.

Psychose puerpérale guérie après 16 mois d'évolution par une thérapeutique endocrinienne, après échec de thérapeutique de chocs, par P. PAGÈS, J. COLL DE CARRERA, R. LAFON et B. BILLET. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 11 juillet 1952).

Observation d'un état psychique grave à forme schizophrénique avec accès paroxystiques pré-menstruels évoluant malgré les thérapeutiques classiques (cure de Sakel, électro-chocs), depuis seize mois. L'intérêt de cette observation réside dans la découverte en cours d'examen pour biopsie cyto-hormonale d'un kyste folliculaire pré-menstruel. La thérapeutique par implantation de pellets de testostérone a supprimé les perturbations psychiques. La guérison dure depuis trois ans.

L. R.

Le bromure d'acétylcholine intraveineux dans les formes schizophréniques. (Il bromuro di acetilcolina endovena nelle forme schizofreniche), par Gino MENEGHEL (de Feltre). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 5, septembre-octobre 1952, p. 975-1054).

L'auteur rappelle d'abord les hypothèses formulées sur le rôle de l'acétylcholine en psychiatrie, décrit la technique de la méthode de Fiamberti, puis rapporte les résultats obtenus dans cent cas de schizophrénie ou de formes voisines. Il y eut sur cinquante-huit schizophrénies : trente-quatre guérisons cliniques, treize améliorations sociales, deux améliorations hospitalières ; sur cinq constitutions schizoïdes : trois guérisons, deux améliorations ; sur douze démences précoces simples : une amélioration sociale, deux améliorations hospitalières ; sur dix-huit démences paranoïdes, deux guérisons, six améliorations sociales et quatre hospitalières ; échecs pour une hétérophrénie, une catatonie, une hétérophrénie-catatonie, deux psychoses hallucinatoires. Il faut atteindre ou dépasser cent intraveineuses par série. Les récurrences seraient atténuées. Il n'y aurait pas de parallélisme entre l'intensité convulsivante et l'importance de l'effet. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Nouveaux produits pour le traitement du petit mal épileptique, par Fr. T. ZIMMERMAN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 10, avril 1953, p. 767).

Un anticonvulsivant pour le petit mal épileptique doit avoir une action manifeste sans complications toxiques. Dans son expérimentation sur l'ani-

mal, l'auteur a noté que les composés de la succinimide avaient un degré élevé de protection contre l'action convulsive du métrazol. Après essais de plusieurs succinimides, il constata que le N-méthyl-a-phénylsuccinimide (P.M. 334) était le plus efficace. 81 % des sujets traités durant des périodes allant de 4 à 104 semaines furent améliorés et 5 malades ne présentèrent plus de crises de petit mal pendant plus d'un an. 5 % des malades seulement présentèrent des symptômes toxiques, alors qu'avec le tridione on les constata chez 55 %.

L. MARCHAND.

Le traitement du petit mal par le méthylphénylsuccinimide, par J. LEREBoullet, R. PLUVINAGE, C. VIDART et J. THOMAS. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 23 janvier 1953).

Les auteurs ont essayé un produit de formule chimique assez différente de ceux employés jusqu'ici, le méthylphényl-succinimide, dans dix cas de petit mal vérifiés à la fois par la clinique et par l'électro-encéphalographie, et qui avaient jusqu'alors résisté aux thérapeutiques usuelles ou s'étaient montrés intolérants. Ils soulignent l'activité de cette médication qui, à doses faibles, leur a permis de supprimer les absences dans 30 % des cas, et de les réduire de plus de 75 % dans une autre tranche de 30 %.

L'efficacité de la médication s'apparente à celle des oxazolidines. Mais son plus gros intérêt est son absence de toxicité et notamment l'absence d'atteinte de la formule sanguine, qui est le gros écueil de la médication par les oxazolidines. Elle a par contre l'inconvénient de pouvoir provoquer, à fortes doses, une atteinte rénale, qui n'a pas été notée aux doses utilisées par les auteurs. Enfin, elle a l'avantage d'influencer également de façon favorable le grand mal, si souvent associé au petit mal. Médication intéressante chez les malades intolérants ou résistants aux oxazolidines.

L. R.

Manifestations ganglionnaires au cours de traitements par la méthyl-3-phényl éthyl-5-5 hydantoïne, par Jean OLMER, J. PAILLAS, J. ROGER, R. MURATORE et M^{lle} M. BADIER (de Marseille). (*La Presse médicale*, 25 décembre 1952).

La méthyl-3-phényl éthyl-5-5 hydantoïne (M.P.E.H.) a pris une place importante dans le traitement de certaines formes d'épilepsie. Des dizaines de milliers de malades ont été traités par ce produit, souvent pendant des mois ou des années, et un certain nombre d'accidents imputables à cette thérapeutique ont été publiés.

A propos de quatre observations personnelles, les auteurs décrivent l'aspect clinique et histologique des adénopathies susceptibles de se manifester au cours d'un traitement par la méthyl-3-phényl éthyl-5-5 hydantoïne. Un de ces cas fut d'évolution mortelle, admettant la nature allergique de ces fluxions ganglionnaires et des signes cutanés et généraux qui y sont fréquemment associés.

L'intérêt de ces faits est double : clinique d'abord, car en l'ignorance de l'éventualité de pareilles manifestations le problème diagnostique qu'elles posent peut être ardu, pathogénique ensuite par la contribution que leur connaissance apporte au groupe des adénopathies allergiques.

L. R.

ANALYSES

Sur 33 cas groupés d'intoxication aiguë par le gardénal dans un établissement d'enfants, par R. MANDE, P. DESCLAUX, A. SOULAIRAC et BEUCHER. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 16 juin 1953).

A propos d'une observation exceptionnelle d'intoxication aiguë collective par le gardénal, les auteurs font remarquer la tolérance relativement bonne des enfants, la fréquence des formes à évolution oscillante, le danger du lavage gastrique systématique, l'efficacité rapide du phénylaminopropane dans ces formes bénignes et moyennes. Ils soulignent particulièrement l'utilité et les bons effets de la picrotoxine dans les formes graves. L. R.

Trois cas d'intoxication barbiturique gravissime traités par la picrotoxine, par J.-A. LIÈVRE, M^{lle} Y. MARTINET, G. PEAN et R. WATTEBLED. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 23 janvier 1953).

Trois cas gravissimes dans lesquels la mort paraissait inéluctable. Dans les trois cas, le maxiton, puis la strychnine avaient été employés. La picrotoxine fut administrée par voie intraveineuse, puis intramusculaire, jusqu'à sortie du coma, ce qui nécessita les doses de 388 mgr., 738 mgr. et 1.350 mgr. La durée du coma depuis l'entrée à l'hôpital fut de cinq jours, trois jours et demi et quatre jours et demi.

Ces observations sont destinées à montrer : 1° l'importance capitale de la picrotoxine, qui doit être employée rapidement lorsque les autres procédés n'ont pas réussi et qui probablement devrait être substituée à la strychnine dans le traitement standard (le maxiton restant le traitement initial d'efficacité remarquable pour les cas légers) ; 2° la nécessité de disposer facilement de la picrotoxine, médicament rare et actuellement introuvable dans les officines ; 3° les progrès à accomplir dans les hôpitaux de Paris pour le traitement des intoxiqués : surveillance de tous les instants, traitement qui fait partie des techniques modernes de réanimation, matériel particulier, ainsi que concours permanent de toxicologues. L. R.

Le sérum de Bogomoletz. (Il Siero di Bogomoletz), par Bruno BIZZI (d'Imola). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 5, septembre-octobre-1952, p. 939-952).

L'auteur rapporte les résultats de l'emploi du sérum de Bogomoletz dans certains syndromes mentaux pour lesquels intervenait, étiologiquement, un surcroît de travail psychique associé à une alimentation insuffisante. L'action favorable observée fait souhaiter à l'auteur un usage plus courant de ce sérum en psychiatrie. V.-J. DURAND.

Thérapeutique tissulaire et thérapeutique avec le sérum cytotoxique antiréticuloendothélial en psychiatrie. (Terapia tissulare e terapia con siero citotossico antireticolotendotelliale in psichiatria), par Giorgio SOGLIANI (de Voghera). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 6, n° 4, juillet-août 1952, p. 289-303).

L'auteur rapporte les résultats de la thérapeutique tissulaire et celle par sérum cytotoxique antiréticuloendothélial, employées séparément ou ensem-

ble, chez 80 malades mentaux à forme grave, qui n'avaient pas été améliorés par d'autres traitements. Les méthodes de choc furent ensuite appliquées à nouveau. Des résultats favorables plus ou moins nets et durables furent observés dans 17,5 % des cas. La thérapeutique tissulaire et l'emploi du sérum cytotoxique antiréticuloendothélial peuvent être considérés comme des méthodes stimulantes non spécifiques. Il est possible de les appliquer dans tous les cas où la thérapeutique spécifique échoue ou se montre insuffisante. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les accidents cérébraux au cours des traitements par les antibiotiques, par L. GAYRAL, chargé de cours à la Faculté, médecin des hôpitaux psychiatriques et L. FOURNY (*Toulouse médical*, mars 1954).

Au cours des traitements par divers antibiotiques, ont été observés des troubles et des accidents neuro-psychiques, le plus souvent bénins mais parfois très graves. Dans ce travail de la Clinique neurologique de Toulouse (professeur M. Riser), les auteurs passent en revue les accidents consécutifs à l'administration, sous diverses formes, de la pénicilline, de la streptomycine, de la chloromycétine et de l'aurocomycine. Ils en étudient le mécanisme d'ailleurs variable (action directe de l'antibiotique, anaphylaxie, réveil de terrain morbide), en indiquent les divers aspects cliniques ainsi que, pour chaque cas, du point de vue pratique, la thérapeutique de ces accidents et les précautions à prendre pour les éviter.

R. C.

Intérêt des associations d'antibiotiques et de leur introduction par voie intrarachidienne dans le traitement de la méningite tuberculeuse, par J. FOUQUET, M^{lle} V. HEIMANN et P. CORNU. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 5 décembre 1952).

Conclusions thérapeutiques de l'étude de trente cas de méningite tuberculeuse traités avec vingt-neuf succès. Les auteurs mettent en garde contre la tendance qui consisterait, à la suite de quelques succès isolés signalés en France et à l'étranger, à traiter les méningites uniquement par l'isoniazide. Les résultats globaux d'un pareil traitement sont désastreux. Il faut associer à la streptomycine l'isoniazide et le P.A.S. La streptomycine doit être introduite par voie générale et locale, et ceci, jusqu'à l'obtention de la guérison totale clinique et biologique. Le P.A.S. doit être donné par perfusion veineuse quotidienne. Quant à l'isoniazide, il faut, non seulement l'administrer *per os* à la dose de 5 mgr. par kilogramme et par jour, mais en outre l'injecter par voie rachidienne en même temps que la streptomycine.

L. R.

Sur la chirurgie préfrontale sélective et en particulier sur la cingulectomie, par J. LE BEAU et J. GACHES. (*La Presse médicale*, 60, n° 57, 13 septembre 1952, p. 1192-1195).

Contrairement à l'opinion courante suivant laquelle il n'existerait pas de chirurgie préfrontale sélective, les auteurs pensent que les différentes parties du lobe préfrontal n'ont pas le même rôle dans le fonctionnement psychi-

que. Ils étudient plus spécialement ici la topectomie de la face interne ou cingulectomie. La statistique porte sur 48 cas de douleurs irréductibles, une vingtaine de névroses chroniques, une trentaine d'états irréductibles d'agitation et de violence. Une étude clinique et psychologique est faite avant et après l'intervention. Dans l'ensemble, il y a augmentation de l'extraversion avec diminution du névroticisme. Ce procédé permet d'obtenir dès maintenant des améliorations et des réhabilitations sociales beaucoup plus nombreuses que la lobotomie classique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

PSYCHIATRIE MÉDICO-LEGALE

Le test de Rorschach en médecine légale, par A. LEONET. (*71^e Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences; vingt-quatrième section : sciences médicales*, Cannes, 22-27 septembre 1952).

En expertise psychiatrique du criminel, il importe de multiplier les modes d'investigation. Le test de Rorschach apparaît à l'auteur comme un très utile complément de l'examen classique, à associer d'ailleurs à d'autres tests, dont, particulièrement, le Thematic Aperception test de Murray, et, chez les jeunes délinquants, les fables de L. Düss.

L. R.

L'analyse du sang aux Pays-Bas, par S. J. TIMMENG, Avocat à Amsterdam (*Revue de droit et de criminologie*, Bruxelles, avril 1954).

L'auteur étudie les objections d'ordre juridique que soulève, en Hollande, la prise de sang en tant qu'élément de preuve de l'ivresse au volant ou en bicyclette.

Si son procureur général M. Van Bosch van Wijck, l'estime permise en toutes circonstances, à la discrétion du parquet et des magistrats instructeurs, la Cour suprême des Pays-Bas admet la licéité de la prise de sang, par son arrêt du 5 juin 1951, mais en formulant des conditions strictes, dont la principale est le consentement de l'inculpé.

Commentant cet arrêt et ces conditions, l'auteur examine les conséquences de leur inobservance. Il estime qu'elles ne sont pas de forme mais de fond, les droits de la personne humaine étant en jeu.

L. R.

Courbes d'éthylémie. Action de l'alcool. Alcool et accidents. Détection biochimique, par L. TRUFFERT. (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, séance du 22 janvier 1954).

L'alcool ingéré diffuse rapidement dans l'organisme et son dosage, à divers moments dans le sang, permet de tracer une courbe d'alcoolémie. Celle-ci monte d'abord rapidement (diffusion), et après avoir atteint un maximum, redescend lentement (élimination). Lorsque la dose d'alcool est particulièrement élevée, cette courbe d'élimination peut présenter un palier correspondant, approximativement, à la quantité d'alcool ingérée par kilogramme de poids corporel et se situant au moment où le sujet ressent un malaise profond.

L'étude des modifications psycho-physiologiques a montré que l'ingestion de 0 gr. 5 d'alcool par kilogramme avait une influence néfaste sur certains tests psychotechniques, alors que d'autres étaient améliorés, mais si la dose d'alcool atteint 1 gr. par kilogramme, tous les tests sont défavorablement affectés. L'ingestion d'alcool présente donc un danger pour les conducteurs de véhicules, bien avant que l'état d'ébriété ou d'ivresse se manifeste.

Afin de déterminer l'imprégnation alcoolique, il est recommandé de recourir au dosage de l'alcool dans le sang, mais celui-ci est trop long lorsque l'on a besoin d'un renseignement immédiat qui peut être donné par une détermination sur l'air expiré. Un appareil très simple permettant d'effectuer cette détermination a été mis au point avec S. Tara et la collaboration technique de M. Dupré. Il pourra rendre de grands services à tous ceux qui luttent contre l'alcoolisme.

L. R.

Les situations psychologiques précriminelles révélatrices des caractères de l'état dangereux, par Olof KINBERG (de Stockholm). (*Bulletin de la Société internationale de criminologie*, année 1951, p. 11-26).

Un des thèmes essentiels de la criminologie est la question de savoir si les facteurs individuels prennent ou non le pas sur les facteurs mésologiques dans la genèse du crime. Ce dernier est produit par un choc entre un organisme de structure déterminé et des milieux internes et externes déterminés. Le caractère dangereux de chaque criminel doit être soigneusement évalué. C'est une tâche difficile. L'auteur distingue à ce sujet deux types de situations mésologiques : les unes spécifiques, dangereuses, dans lesquelles l'occasion du crime est toujours présente et impliquant l'existence d'un facteur dynamique ; les autres non spécifiques, amorphes, où l'occasion de commettre un délit n'est pas présente. Certains préjugés doivent être combattus pour faciliter la protection sociale.

V.-J. DURAND.

L'enseignement des éducateurs stagiaires à l'annexe psychiatrique de Fresnes, par M. BACHET. (Un extrait de 23 pages de la *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 3^e trimestre 1953).

L'auteur rappelle les thèmes traités dans un cours de 18 leçons devant les éducateurs stagiaires de l'annexe psychiatrique et visant à l'étude du problème du contact entre le délinquant et le stagiaire. Un rappel historique est fait des conceptions de la science pénitentiaire au cours du XIX^e siècle avec, particulièrement, développement et déclin du système de l'isolement cellulaire, discussions sur le rôle pathogène possible de l'incarcération. Puis sont envisagés les problèmes posés par les vues de psychiatres du dernier siècle sur les questions de criminologie, surtout sur la notion de monomanies, la pyromanie, la distinction entre les criminels ordinaires et les anormaux psychiques. L'enseignement des stagiaires est complété par des exercices pratiques dans des hôpitaux psychiatriques.

V.-J. DURAND.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 10 mai 1954*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 mai 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 juin 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*. Cette séance aura lieu le *lundi 12 juillet 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement).

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de septembre.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Légion d'Honneur

A été nommé au grade de *Chevalier de la Légion d'honneur* :

M. le D^r C.-A. PIERSON, médecin des hôpitaux psychiatriques, inspecteur des services de neuro-psychiatrie du Protectorat français au Maroc.

Nominations

M. le D^r A. BÉJOT est nommé médecin-chef au quartier psychiatrique du Centre hospitalier de Poitiers (Vienne) ;

M. le D^r Henri FAURE est nommé médecin assistant à l'hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

3^e Congrès international de défense sociale (Anvers, 19-25 avril 1954)

Ce congrès s'est tenu à Anvers (Institut supérieur de commerce Saint-Ignace), du 19 au 25 avril 1954, sur l'initiative de la *Société internationale de défense sociale* et sous la présidence de M. René VICROR, bâtonnier de l'Ordre des avocats à Anvers, et de M. S. C. VERSELE, juge au tribunal de Bruxelles, secrétaire général adjoint de la Société internationale de défense sociale.

Plus de 90 rapporteurs, de 20 pays, ont traité de questions se rapportant principalement à l'observation du délinquant avant le jugement, ainsi qu'au contrôle judiciaire de l'exécution du jugement pénal.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Les accidents chez les enfants

Une proportion relativement faible de la population est sujette aux accidents. Beaucoup d'enquêteurs s'accordent à dire que l'enfant enclin à l'accident présente un type tout à fait caractéristique. Dans une étude sur la prédisposition à l'accident, le Dr Langford et ses associés classent les enfants en trois groupes : 1) l'enfant impulsif et agité qui se livre à une activité excessive et se met dans des situations sans issue où l'accident est pratiquement inévitable ; 2) l'enfant précoce privé de la surveillance des parents, qui recherche son indépendance et partage les jeux d'enfants plus âgés dans des endroits dangereux ; 3) et l'enfant rancunier et hostile, qui n'apprécie ni sa maison, ni sa famille, et pourrait chercher à se blesser en vue d'attirer plus d'attention de la part de son entourage. (H. JACOBZINER, M.D., M.P.H. and H. RICH : Home Safety and Accident Prevention in a child Health Conference, *American Journal of Public Health*, January, 1954).

(*World Medical Journal*, mai 1954).

La nécessité de réglementer la pratique de la boxe

A la suite d'un exposé de M. J. TITECA sur le résultat d'examens électro-encéphalographiques et de lésions consécutives à des combats de boxe, l'Académie royale de médecine de Belgique, dans sa séance du 27 février 1954, a voté à l'unanimité le vœu suivant.

Texte du vœu voté à l'unanimité par l'Académie concernant la nécessité de réglementer la pratique de la boxe.

- « L'Académie royale de médecine de Belgique,
- « Après avoir examiné les conséquences des traumatismes crâniens répétés aux quels sont exposés les boxeurs, insiste sur la gravité des séquelles tardives pouvant conduire à un état de déchéance intellectuelle irréversible ;
- « Considérant en outre que les combats publics de boxe constituent souvent un spectacle dégradant, susceptible d'exercer une influence néfaste sur la formation morale de la jeunesse ;
- « Ayant d'autre part été informée du dépôt d'une proposition de loi,

« Attire l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réglementer sévèrement la pratique de la boxe ;

« Décide de communiquer le présent ordre du jour à M. le ministre de la santé publique et de la famille, qui a dans ses attributions l'éducation physique et les sports. »

Immunisation contre la poliomyélite

Il a été reconnu que les rayons ultra-violets provoquent l'inhibition complète des propriétés nocives des trois virus poliomyélitiques obtenus par culture des tissus. L'efficacité de cette méthode a été prouvée par des tests qui comprenaient à la fois l'inoculation du singe et de tissus cultivés. Le vaccin irradié par les rayons ultra-violets, avec ou sans addition d'huile minérale, n'a provoqué que de très minimes réactions locales et générales. Chez la plupart des sujets témoins, le vaccin à triple puissance soumis à l'influence de rayons ultra-violets a produit un accroissement important et significatif d'anticorps titrés aux trois virus poliomyélitiques. (A. MILZER, M.D., Ph.D. ; S. O. LEVINSON, M.D. ; H. J. SHAUGHNESSY, Ph.D. ; M. JANOTA ; K. VANDERBOOM and F. OPPENHEIMER, Ph.D. Immunogenicity Studies in Human Subjects of Trivalent Tissue Culture Poliomyelitis Vaccine Inactivated by Ultraviolet Irradiation, *American Journal of Public Health*, January, 1954).

(*World Medical Journal*, mai 1954).

MÉDECINE LÉGALE

La narcoanalyse devant le Grand Conseil de Zurich

Des interpellations du D^r H. Pestalozzi et du D^r E. Krafft ont amené la discussion sur la question de la narcoanalyse exécutée dernièrement, avec le consentement du prévenu, au moyen du pentothal, dans le cadre d'une instruction pénale.

Le D^r H. PESTALOZZI, catégoriquement opposé à cette intrusion dans les droits de la personnalité, estime insuffisante la lettre du procureur général de la République qui, à la suite des divergences suscitées, exclut de l'enquête pénale elle-même, mais non de l'expertise psychiatrique, ce moyen de « recherche de la vérité » employé dans d'autres pays.

Il fait observer que des déclarations faites au cours d'une narcose ne peuvent être valables pour une enquête juridique, puisque des menteurs notoires continuent à mentir même pendant la narcose ; on ne gagne donc que peu ou rien en ce qui concerne la vérité, car les dépositions ne s'y font pas non plus avec la netteté exigée. Mais ce qui est bien plus grave, c'est l'usurpation des droits de la personne. On sait jusqu'où peut mener la moindre infraction dans ce domaine.

L'« innocence » n'est pas un argument solide non plus. Celui qui ment se dit aussi innocent ! La valeur du « consentement » est également très problématique, car un détenu qui refuse de se soumettre à un tel procédé verra apprécier ce refus comme un indice de culpabilité.

D'autres moyens, même les interrogatoires prolongés, laissent toujours à l'accusé la liberté de son état de conscience et lui permettent par exemple de se taire tout simplement. Lors de la narcose, par contre, les faits sont bien différents. Toutes ces raisons doivent faire interdire complètement la narcoanalyse, de même que les exceptions permises lors de l'expertise psychiatrique. La recherche de la vérité ne justifie pas tous les moyens, toutes les intrusions dans les droits de la personne et toutes les atteintes à la dignité humaine. L'introduction de telles méthodes dans le fonctionnement de la justice mettrait en question les principes suprêmes de l'Etat

constitutionnel, à savoir la protection de la personne humaine et de sa dignité.

Le Dr E. KRAFFT soulignant l'exposé du Dr H. Pestalozzi, critique d'une façon générale l'empiètement sur les droits de la personnalité, au cours de l'instruction pénale.

Dans sa réponse, M. EGGER, chef du Département de Justice, répondit que le Conseil d'Etat de Zurich a été convaincu que les fonctionnaires et spécialistes qui ont participé à l'exemple de narcoanalyse discuté ont agi en toute conscience. Le prévenu n'avait pas pu apporter un alibi irrécusable, il affirmait toujours à nouveau son innocence, mais différents points suspects parlaient contre lui. Une expertise psychiatrique de sa responsabilité mentale, faite à l'asile de Rheinau, ne permit pas d'élucider la question. C'est alors que le directeur de cet établissement, en accord avec le procureur de la République compétent, proposa la narcoanalyse à l'accusé, pour prouver la véracité de son exposé et pour élucider en même temps s'il n'avait peut-être pas commis le crime — sans se le rappeler — dans un état crépusculaire. Le prévenu maintint sa position sous l'influence du pentothal et le même résultat négatif fut obtenu lors d'un essai semblable au moyen de l'alcool. A la suite de ces faits, l'instruction contre lui fut arrêtée.

Il ajouta que les expériences entreprises se basent sur des procédés développés depuis 1930, surtout en Amérique, et vérifiés scientifiquement depuis. Ces méthodes, actuellement appliquées en psychothérapie, aident le médecin à s'approcher rapidement de faits vécus ou de représentations refoulées de la conscience du patient. La narcoanalyse est plus rarement employée pour l'instruction pénale.

Le Conseil d'Etat de Zurich estime, en se basant sur des positions de principe, qu'il est inadmissible d'inciter de cette façon un prévenu à faire des déclarations sur un délit. L'article 7 de la constitution cantonale interdit tout moyen de contrainte servant à obtenir un aveu. Dans une circulaire du 9 janvier 1954, le procureur général, en accord avec la direction de la justice, a donné des instructions défendant aux autorités menant l'enquête d'ordonner des narcoanalyses ou autres expériences diminuant la liberté de volonté de la personne à questionner, dans le but d'éclaircir l'état de cause. L'article 154 du Code pénal interdit également la contrainte à l'aveu et étend cette interdiction à l'emploi de promesses, d'allégations et de menaces. L'élimination poussée de la volonté par des moyens chimiques, tels que l'exige la narcoanalyse, est incompatible avec ces principes. Elle n'est même pas admissible dans le cas où le prévenu se déclare d'accord avec un tel procédé.

En ce qui concerne la façon de questionner les prévenus, le Conseil attache une grande importance à l'observation stricte des prescriptions de la loi. L'article 153 limite encore davantage les mesures déjà citées en interdisant de poser des questions incertaines, peu nettes, à double sens ou se rapportant à plusieurs circonstances à la fois. Lors de la narcoanalyse faite par le psychiatre dans le cas discuté, le prévenu a été questionné de façon à l'enfermer, s'il était l'auteur du crime, à des contradictions, à des réponses suspectes ou à un aveu. Cette manière de procéder est dans la nature de la narcoanalyse et, comme il a été dit, le Conseil d'Etat refuse, par principe, celle-ci comme méthode d'instruction.

(D'après, *Médecine et hygiène*, Genève, 15 avril 1954).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1954 (2^e trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706

Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 86.065. — 1954.

C.O.A.L. 31.2330.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

112^e Année - T. 1 - N° 1

Janvier 1954

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours).
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. X. et P. ABÉLY, H. BARUK, H. BEAUDOUIN, P. BEAUSSART,
P. COMBEMALE, P. COSSA, P. COURBON, J. DELAY, P. DELMAS-MARSALET,
J. DUBLINEAU, J. EUZIÈRE, H. EY, A. FRIBOURG-BLANC, G. GUIRAUD,
J. HAMEL, G. HEUYER, D. LAGACHE, J. LAUZIER, J. LÉPINE,
J. LHERMITTE, L. MARCHAND, I. MICHAUX, E. MINKOWSKI, P. NAYRAC,
F. PACTET, N. PERON, H. PIÉRON, A. POROT, G. RAVIART, M. RISEP,
Th. SIMON, G. VERNET, H. WALLON.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1954)

(L'abonnement part du 1^{er} janvier)

France et Union Française.....	3.900 frs
Belgique et Luxembourg.....	600 frs belges
Autres pays.....	\$ U.S.A. 12

(Ces prix sont également payables au cours des règlements commerciaux,
le jour du paiement).

Changement d'adresse : 50 fr.

COLLECTIONS DISPONIBLES. CONDITIONS SUR DEMANDE

Années 1843 à 1953

Les années 1844, 1846 et 1847 sont épuisées.

Les années 1843, 1848, 1854, 1860 et 1874 sont rares et ne peuvent être acquises
qu'avec la collection.

L'année mixte 1914-1915 forme 2 volumes. L'année 1916 et l'année 1917 formant
chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte.

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1939). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950). 1 vol.

Chacun de ces 4 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs
et une table analytique des matières.

Cinquantiennaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol.

Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol.

Centenaire de la Société médico-psychologique, 1952, 1 vol.

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°

.....
(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

Adresser tout ce qui concerne la Rédaction au D^r René CHARPENTIER,
27, Avenue de la Costa, Monte-Carlo.

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MEDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Table générale et alphabétique

VIENT DE PARAÎTRE :

TOME IV

(1931 à 1950)

Un volume de 858 pages..... 5.000 fr.
(plus frais d'envoi : 200 fr.)

PRÉCÉDEMMENT PARUS :

- Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.**
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.
-

Ces 4 volumes, contenant chacun une « table alphabétique par noms d'auteurs » et une « table analytique des matières » constituent l'unique répertoire bibliographique des travaux neuro-psychiatriques publiés depuis 1843.

COLLECTIONS DU

Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale
depuis sa fondation en 1908

17 volumes brochés avec nombreuses figures dans le texte et planches hors texte
(Tomes I à XV et XVIII). Années 1908 à 1928 et 1930. Le tome XVII (1929) est épuisé

Médecine mentale de guerre. N° spécial, décembre 1917

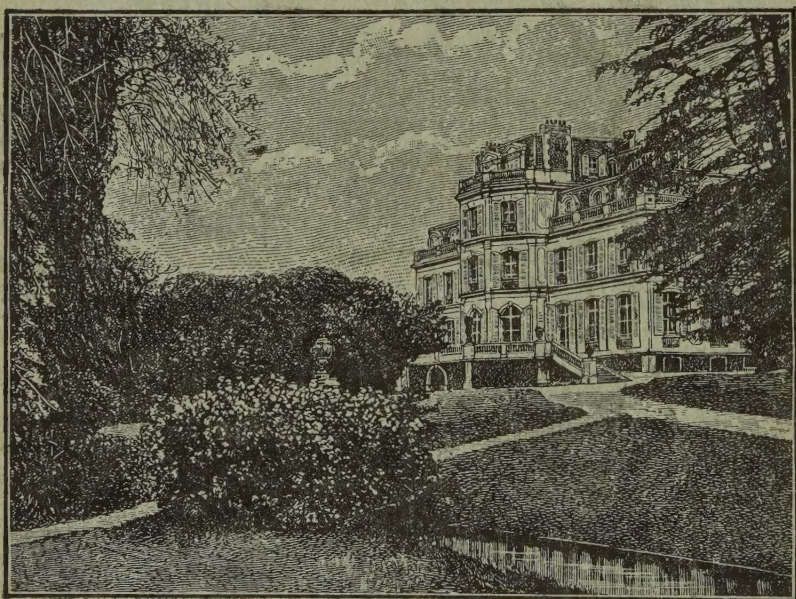
Conditions sur demande

CLINIQUE MEDICALE
DU
CHATEAU DE GARCHES

2, Grande-Rue, GARCHES (S.-&-O.)

Téléph. : MOLITOR 55-55

Docteur GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris



Thérapeutiques des affections nerveuses

Electro-choc - Insuline, etc. - Narco-analyse - Psychothérapie

Traitements de l'Alcoolisme

CONVALESCENCES - RÉGIMES

MÉDECINE GÉNÉRALE

INSTALLATIONS TECHNIQUES MODERNES

GRAND CONFORT - BEAU PARC DE SIX HECTARES

Published in France.

